

Consultas sobre as Intervenções nas DTS para evitar o HIV: qual e o evidência?



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • PMA • FNUD • FNUAP • UNDOC
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organização
Mundial da Saúde

Colecção Boas Práticas da ONUSIDA
MATERIAL ESSENCIAL

© ONUSIDA / OMS – 2001
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA)
Organização Mundial da Saúde (OMS)

ONUSIDA/00.06E -OMS/HIS/ 2000. 02)
Original em Inglês, Maio de 2000
ISBN 92-9173-137-4

Este documento não é uma publicação formal da ONUSIDA. Reservados todos os direitos. Contudo, o documento, pode ser livremente comentado, citado, reproduzido ou traduzido, parcial ou integralmente, desde que se mencione a sua origem. Não poderá ser vendido nem utilizado com fins comerciais sem autorização prévia por escrito da ONUSIDA (contacto: Centro de Informação da ONUSIDA, Genebra).

As opiniões expressas cujo autor é citado pelo nome são da exclusiva responsabilidade deste. As denominações

empregues nesta publicação e a forma sob a qual são apresentados os dados que nela figuram não implicam, por parte da ONUSIDA, qualquer juízo sobre o estatuto jurídico de países, territórios, cidades ou zonas, ou sobre as suas autoridades, nem sobre o traçado das suas fronteiras ou limites. A referência a empresas ou a produtos comerciais não implica que a ONUSIDA as aprove ou recomende de preferência a outros da mesma natureza que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, uma letra inicial maiúscula nos nomes dos produtos indica que são de marca registada.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA)
ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genebra 27 Suíça
Telefone: (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>

Reprodução financiada pela Embaixada da Dinamarca, em Maputo

**Consulta sobre as
Intervenções
nas DTS para evitar o HIV:
qual e a evidência?**

Genebra, Switzerland
2004



ONUSIDA
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
AGNUR • UNICEF • PMAA • PAUD • PNUF • PNUAP • UNDOC
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



**Organização
Mundial da Saúde**

Índice

1. Antecedentes		
1.1 Objectivos da consulta e resultados esperados	4	
2. Visão geral	5	
2.1 Análise da evidência a partir dos estudos epidemiológicos	5	
2.2 Análise da evidência a partir dos estudos biológicos	7	
2.3 Um modelo operacional para o controlo de DTS	8	
3. Estudos de Intervenção sobre o Controlo de DTS para Reduzir a Incidência do HIV	9	
3.1 Experiência de intervenção em Mwanza	9	
3.2 Experiência de intervenção em Rakai	11	
3.3 Experiência da intervenção em Masaka	12	
3.4 Experiências de Mwanza e Rakai comparadas	15	
3.5 Análises comparativas das experiências da África Oriental		
Simulações computarizadas dos resultados dos estudos das Intervenções	22	
3.6 Simulação do modelo de DTSSIM e a sua aplicação nos ensaios dos Dados da África Oriental	22	
3.7 Populações vulneráveis específicas	26	
3.7.1 Projecto das trabalhadoras de sexo: Sonagachi, Índia	26	
3.7.2 Projecto para trabalhadoras de sexo e mineiros: Lesedi, África do Sul	28	
3.7.3 Incidência de HIV e DTS numa amostra de trabalhadoras comerciais de sexo em Quênia	32	
4. Assuntos Problemáticos e de Políticas	36	
4.1 Controlo de DTS para a prevenção do HIV entre os adolescentes	36	
4.2 Sumário das estratégias actuais para o controlo de DTS	41	
4.3 Abordagens de saúde pública para a prevenção de DTS e cuidados: Desafios, questões e oportunidades	43	
4.4 Infecções dos órgãos reprodutivos (RTIs) nas mulheres	45	
5. Recomendações	46	
5.1 Introdução	46	
5.2 Decisões para programas baseadas em evidência	47	
5.3 Recomendações e as suas avaliações para os programas	48	
6. Necessidades de Pesquisa	51	
6.1 Pesquisa biológica e sócio-cultural	51	
6.2 Pesquisa de gestão de casos de DTS	52	
6.3 Testes e pesquisa sobre a descoberta de casos	52	
6.4 Pesquisa sobre a implementação da prevenção de DTS e cuidados	53	
7. Conclusões	53	
Anexo 1	Utilização Comum das Diferentes Estratégias para o Controlo de DTS	54
Anexo 2	Lista de Participantes	54
Anexo 3	Artigos Relacionados	57

1. Antecedentes

A consulta foi organizada em resposta aos resultados das recentes pesquisas sobre o tratamento das Doenças de Transmissão Sexual (DTS) e o seu efeito na transmissão do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). A inter-relação entre a infecção do HIV e outras DTS tornou-se cada vez mais clara na última década. As manifestações clínicas de algumas DTS são alteradas na presença de uma infecção de HIV. Este caso tem-se registado particularmente com condições tais como cancroide (que se torna mais agressiva e relativamente mais recalcitrante às doses terapêuticas já padronizadas), as feridas genitais de herpes (cuja taxa de recorrência torna-se mais frequente e/ou as feridas tornam-se persistentes sem o tratamento anti-retroviral) verrugas genitais (que apresentam lesões grandes sem qualquer resolução espontânea), e molusco contagioso (que se torna mais florida muito rapidamente)

Muito recentemente, o enfoque era sobre o papel destas outras DTS em facilitar a transmissão do HIV. Em 1995, uma tentativa de intervenção das DTSs baseada nas comunidades, que melhorou a gestão das DTSs e promoção do preservativo num distrito rural da República Unida da Tanzânia demonstrou evidências de que o tratamento de DTSs pode reduzir substancialmente a incidência do HIV. Três anos mais tarde numa aldeia rural no Uganda, uma outra experiência baseada na comunidade para o tratamento das DTSs não demonstrou qualquer impacto sobre a incidência do HIV.

Outros estudos numerosos apontam para uma associação entre o controle das DTSs e a transmissão do HIV. Contudo, a maior parte dos factores que originam confusão tais como comportamentos sexuais de risco, frequência de mudança de parceiros, e a prevalência de HIV e outras DTSs no estudo da população efectuado causaram uma relação difícil de avaliar.

Contudo, quase na mesma altura, um determinado número de investigadores começou a reportar a justificação biológica da associação entre HIV e outras DTSs, e a sugerir mecanismos biológicos potenciais para isso. Alguns estudos entre pacientes com DTSs mostraram um aumento de cópias virais de HIV em fluídos genitais tanto em homens como em mulheres. O tratamento de DTSs nestes pacientes resultou na redução da concentração de cópias virais nos compartimentos de fluídos genitais.

Assim, tornou-se necessário que um importante grupo de pesquisadores, cientistas, doadores e gestores de programas revisse toda esta informação de modo a determinar a sua importância e significado programático. Tendo isto em mente, foi organizada em Genebra de 14-16 de Outubro de 1998 uma consulta envolvendo peritos de várias disciplinas nas áreas de DTSs e HIV. O objectivo desta reunião foi rever e debater os resultados desta pesquisa de modo a consolidar e fortalecer as estratégias para o controle das DTSs e para a prevenção das infecções de HIV. Além disso, foi importante para rever e debater o que já é sabido, e como é que os conhecimentos já existentes deveriam determinar o enfoque para a futura política do programa e pesquisa.

1.1 Objectivos de consulta e resultados esperados

Os objectivos da consulta foram:

1. Rever a evidência das DTSs como um co-factor na transmissão do HIV (incluindo dados virais que foram retirados);

2. Rever estudos de intervenção abordando 'controle das DTSs para reduzir a incidência do HIV' tanto na comunidade como em grupos específicos;
3. Identificar outras necessidades de pesquisa no controle das DTSs para a prevenção da transmissão do HIV.

Os resultados esperados da reunião foram:

1. Um documento afirmando o papel do controlo de DTS para a prevenção do HIV, realçando a necessidade de pesquisa na área do controlo de DTS para prevenir / reduzir a transmissão de DTS;
2. Uma declaração sobre o facto das experimentações de intervenção serem necessárias ou não, e se forem, uma identificação de que tipo;
3. Propostas para mudanças (se houver alguma) nas políticas actuais e princípios para o controlo de DTS com vista a prevenir a infecção do HIV na população em geral e grupos específicos e áreas prioritárias para acção.

As discussões centraram-se nos estudos realizados em vários países, observando especificamente:

- O impacto do tratamento melhorado de doenças de transmissão sexual na infecção do HIV;
- Serviços de tratamento melhorado para reduzir a prevalência de DTSs;
- Informação, educação e comunicação (IEC) sobre ensaios e intervenções em DTS
- Associação de várias DTSs com a transmissão do HIV;
- Políticas e considerações pragmáticas.

2. Visão Geral

Dados sobre um grande número de estudos biológicos e epidemiológicos realizados em quatro continentes providenciam evidência que a DTS é um co-factor para a transmissão do HIV. Isto sugere que o controlo da DTS tem o potencial de desempenhar um papel importante na redução de transmissão de HIV adquirida sexualmente.

2.1 Análise de evidência dos estudos epidemiológicos

DTS/HIV hipótese de co-factor

A existência de uma associação entre DTSs e infecção de HIV tem sido observada em muitos estudos de várias secções e estudos de casos de controlo desde os meados de 1980. Esta observação levou à hipótese de que a DTS consolida a transmissão do HIV (hipótese DTS/HIV co-factor). Contudo, é difícil interpretar a associação porque a transmissão sexual do HIV e outras DTSs clássicas partilham os mesmos factores de risco. Nos estudos sobre as várias secções é também difícil determinar a sequência do tempo das infecções.

Estudos sobre observações longitudinais

Alguns destes problemas metodológicos podem ser parcialmente resolvidos nos estudos (de observações longitudinais (amostras). Vários estudos contribuíram com evidência substancial para a existência dos efeitos co-factor DTS/HIV com riscos relativos de 1.5 à 8.5 dependendo de DTS sob observação. Uma lista de estudos selecionados documentando DTSs como factores de risco na transmissão de HIV aparece na tabela 1.

Estudos sobre DTS como factor de risco para a transmissão do HIV

Tabela 1

Referência	População de estudo	DTS estudado	Risco relativo
Cameron et al.	Homens Heterossexuais (Kenya)	Úlcera genital (principalmente cancroide)	4.7
Darrow et al.	Homens Homossexuais (EUA)	Sífilis	1.5-2.2
Holmberg et al.	Homens Homossexuais (EUA)	Herpes Gonorreia	4.4 3.5
Laga et al.	Mulheres Heterossexuais (Zaire)	Infecção Clamidia Tricomoniose	3.2 2.7
Stamm et al.	Homens Homossexuais (EUA)	Herpes Sífilis	3.3-8.5 8.4-8.5

O aumento na probabilidade de transmissão da infecção do HIV por cada acto sexual é provavelmente mais alto do que os riscos relativos observados nos estudos das amostras porque os participantes de estudo não são constantemente afectados pela DTS durante o período de acompanhamento. O efeito co-factor parece ser mais alto nas doenças ulcerativas, mas em algumas populações a proporção das infecções do HIV atribuídas às DTS não ulcerativas pode ser mais alta do que para as doenças ulcerativas. Isto talvez porque as DTS não ulcerativas ocorrem muito mais frequentemente.

Estudos de intervenção nos grupos de alto risco

Nos anos recentes, os estudos de intervenção aumentaram o peso da hipótese co-factor DTS/HIV. Num estudo não controlado entre trabalhadoras comerciais de sexo em Kinshasa, a combinação do tratamento regular de DTS com a promoção de preservativos levou a uma redução significativa na incidência de infecção de HIV e várias DTSs (gonorreia, tricomoniose e úlceras genitais) comparando com o período anterior ao começo da intervenção. A incidência de HIV baixou para mais de metade. Os factores de risco associados à seroconversão do HIV de uma maneira muito significativa eram gonorreia, tricomoniose e a utilização irregular de preservativos (riscos relativos ajustados 2.3, 1.7 e 1.6 respectivamente).

Num estudo entre as trabalhadoras comerciais de sexo em Abidjan, com uma alta incidência de HIV (16.5/100 pessoas por ano) antes da intervenção, casos de DTS por mês baseados em sinais clínicos reduziram a incidência para 7.9/100 pessoas por ano. Uma abordagem mais elaborada utilizando exames de espéculo e o microscópico foi associada à uma mais ampla redução na incidência para 5.5/100 pessoas por ano.

Experiências aleatórias feitas na comunidade

O estudo de Mwanza

Numa experiência em Mwanza, República Unida da Tanzânia, a provisão de serviços de tratamento melhorado foi integrada nos estabelecimentos de cuidados de saúde primários (PHC). O impacto foi medido numa amostra em 12 comunidades idênticas. Esta experiência, feita ao acaso na comunidade rural da Tanzânia, demonstrou que a gestão de casos de DTS sobre pessoas sintomáticas utilizando a abordagem sindrômica providenciada através dos sistemas existentes de PHC levou a uma redução de cerca de 38% (proporção ajustada = 0.62, intervalo de confiança 0.45-0.85) na incidência do HIV por dois anos na população adulta em geral. A intervenção consistiu na formação de provedores de cuidados de saúde, supervisão regular, concessão de medicamentos e provisões, estabelecimento de um centro de referência e a promoção de tratamento com comportamento melhorado. Notou-se também uma redução significativa na prevalência de DTSs nas clínicas pré-natal (ANC).

O estudo de Rakai

Uma experiência feita ao acaso numa comunidade em Rakai, Uganda, providenciou tratamento domiciliário em massa em intervalos de dez meses com uma única dose oral e antibióticos de largo espectro. O tratamento de intervenção foi concedido para gonorreia, clamídia, tricomoníase, vaginose bacteriana e cancroide (veja tabela 2). Todos os indivíduos seroativos de RPR nos ramos de intervenção foram tratados à sífilis e os que estavam no ramo de controlo foram encaminhados para cuidados.

Medicação utilizada para tratamento em massa para a intervenção e grupos de controlo em Rakai

	Grupos de intervenção (n=7871)	Grupos de controlo (n=7256)
Tabela 2	Tratamento providenciado	
	- azithromycin 1000mg	- Mebendazole 100mg
	- ciprofloxacin 250mg	- comprimido de ferro-folate
	- metronidazole 2g	- multivitamina de baixa dose

Nota: os grupos de intervenção passaram por testes e receberam tratamento de sífilis, enquanto que os grupos de controlo receberam resultados serológicos e foram referidos para tratamento.

Tratamento grátis para DTSs sintomáticos através do "Projecto Clínicas Móveis" também foi providenciado durante as visitas de tratamento.

Não se notou nenhuma diferença na incidência do HIV entre o estudo dos ramos (proporção ajustada = 0.97, intervalo de confiança 0.81-1.16). Houve significativas reduções de vaginose bacteriana, tricomoníase e sífilis e na incidência de tricomoníase. Nas mulheres grávidas, tricomoníase, gonorreia, a infecção de clamídia e vaginose bacteriana foram significativamente reduzidos (a média de intervalo entre o tratamento e os testes de DTS era de 4.5 meses).

2.2 Análise da evidência a partir dos estudos biológicos

Durante os anos recentes, alguns mecanismos biológicos através dos quais DTSs agem como co-factores para a transmissão do HIV foram postulados. Os mecanismos incluem:

- Um aumento de infecciosidade por causa do aumento de derramamento de vírus nas secreções vaginais em presença de DTSs;
- Um aumento de susceptibilidade ao HIV por causa de:
 - disrupção da barreira epitelial;
 - aumento na receptividade da célula para com o HIV (em dados de vitro);
 - aumento no número de receptores por célula.

Aumento da infecciosidade

Vários estudos investigaram o derramamento do HIV nos fluidos genitais. Num estudo de homens infectados pelo HIV em Malawi, a concentração de cópias de HIV estava maioritariamente nos homens com uretrites, em comparação com os que não tinham uretrites. Estudos nas mulheres infectadas pelo HIV em Abidjan demonstraram que a proporção de mulheres com o derramamento de HIV cérvico-vaginal aumentaram substancialmente na presença das úlceras genitais e a infecção gonococal e clamidal, mas não em tricomoníase. Neste estudo, o aumento de HIV nos fluídos na presença de DTSs era independente do nível de cargas virais no plasma do sangue.

Vários outros estudos identificaram algumas DTSs relacionadas com o aumento de derramamento de HIV tanto nos homens como nas mulheres (Veja tabela 3).

Várias DTS relacionadas com o aumento do derramamento de HIV nos genitais

Tabela 3	Feminino (secreções cervíco-vaginais)	Masculino (sémen)
	Cervicitis Mucopurulento	-
	Úlcera cervical	-
	Úlcera vaginal	-
	Um aumento nos leucócitos	Um aumento de leucócitos
	<i>Neisseria gonorrhoea</i>	<i>N. gonorrhoea</i>
	<i>Clamidia tracomate</i>	-

2.3 Um modelo operacional para o controlo de DTS

Em qualquer população, somente uma certa proporção das pessoas com DTSs sintomáticas são curadas pelos serviços de saúde. A proporção de cura depende de vários factores (proporções ou probabilidades):

- número de pessoas com DTSs sintomáticas/infeções de tracto reprodutivo (RTIs);
- proporção das pessoas com conhecimento da situação e preocupados;
- proporção das pessoas que procuram cuidados;
- proporção das pessoas diagnosticadas correctamente;
- proporção das pessoas que recebem tratamento correcto;
- proporção das pessoas que completam o tratamento;
- proporção das pessoas curadas.

Como foi demonstrado no exemplo da Figura 1, a fracção das pessoas que são curadas é muito pequena porque em cada passo os doentes ficam 'perdidos'. Contudo, deve-se notar que cada passo é diferente para os diferentes grupos de população, assim como para as circunstâncias particulares do seu ambiente.

Modelo operacional do papel desempenhado pelos serviços de saúde na gestão de casos de DTS

Figura 1



O objectivo geral das intervenções para lidar com este modelo operacional é o de aumentar o número de doentes com DTS que são curados. Isto pode ser feito consciencializando a população sobre os sintomas da doença (onde estiverem presentes) e encorajando-os a procurar cuidados adequados atempadamente e desta maneira ajudando-os a ter um comportamento de pessoas que procuram o tratamento. Além disso, melhorando a habilidade de diagnosticar dos trabalhadores de saúde e as suas práticas de prescrição pode fortalecer a gestão dos casos. A disponibilidade de medicamentos efectivos é também essencial, assim como a provisão de mensagens de educação de saúde encorajando os doentes a completarem o regime de tratamento prescrito.

3. Estudos de intervenção sobre o controlo de DTS para reduzir a incidência do HIV

3.1 Experiência de intervenção em Mwanza

Este estudo aleatório foi realizado para avaliar o impacto da gestão de casos de doenças de transmissão sexual ao nível de cuidados de saúde primários sobre a incidência da infecção do HIV na região rural de Mwanza, na República Unida da Tanzânia.

Objectivo

Estabelecer se a gestão dos casos de DTS e o comportamento de procura de tratamento têm um impacto na transmissão do HIV e DTS ao nível da população.

Projecto

Doze largas comunidades rurais grandes na região de Mwanza, República Unida da Tanzânia, seis no ramo de intervenção e seis no ramo de comparação. Projectos comparados: seis pares de comunidades com prevalência de HIV que se esperava que fossem semelhantes nos pares. Intervenção aleatória e comparação de ramos dentro de cada par comparado. A concentração da população em cada ramo foi de cerca de 150 000.

Intervenção

Gestão de serviços melhorados (sindrómica) de casos de DTS integrada nos sistemas de cuidados de saúde existentes na República Unida da Tanzânia. Componentes: formação de trabalhadores da saúde, supervisão e formação regular de trabalhadores, provisão de medicamentos efectivos e baratos e campanhas para melhorar o comportamento de procura de tratamento pela população. No campo de comparação, continuação dos serviços existentes. Extensão da intervenção para a comparação de ramos no fim da experiência. Além disso, por razões éticas, injeções para tratar de sífilis foram providenciados na linha de base e acompanhamento para todas as pessoas em ambos os campos com evidência serológica de infecção.

Avaliação do impacto

- Estudo sobre amostras de cerca de 1000 adultos (15-14 anos) de cada uma das 12 comunidades e acompanhamento por um período de dois anos. Resultados: Incidência de HIV, incidência de sífilis (medida através de treponema pallidum hemagglutination (TPHA), prevalência de sífilis activa, prevalência de uretrite nos homens;
- Duas pesquisas repetidas em secções em 100 pessoas ANC da mesma comunidade. Resultados: prevalência de infecções de sífilis e genococo, clâmide e triconomal.

Métodos de laboratório empregues

Análise imunosorvente ligada ao enzima (ELISA) para a infecção do HIV, máculas ocidentais para amostras indeterminadas. Teste de TPHA e RPR para sífilis. Teste de Leukocyte esterase dipstick (LED) na urina dos homens como testes para uretrite. Mancha de Gram para a infecção gonococal e análise de imunidade da enzima (EIA) para a infecção de clamidia nos homens com derramamento ou resultado LED positivo. Preparação molhada, cultura gonococal e EIA clamidal em pessoas com ANC. Não houve diagnóstico etiológico das úlceras.

Resultados operacionais

Durante a experiência, 11 632 síndromas de DTS foram tratados em 25 estabelecimentos de saúde. As proporções de cura nas clínicas estavam acima de 95% e 89% em doentes que não regressaram para os exames médicos, mas que foram acompanhados em suas casas.

Impacto dos resultados

Estudo de amostras: cobertura de linha de base de 85%, 71% de acompanhamento. A linha de base de prevalência de HIV 4%, a incidência de HIV no grupo de intervenção era de 0.6% e no ramo da comparação 0.9% por ano. Redução significativa de incidência de HIV por 42% no ramo de intervenção (38% depois dos ajustamentos para possíveis factores de confusão).

Sífilis: redução não significativa de 30% de incidência de sífilis medida por TPHA. Notou-se uma redução significativa da prevalência de sífilis activo.

Uretrite: significativa redução de margem de 49% de uretrite sintomático nos homens. Não houve redução geral de uretrite (sintomática e assintomática) ou de infecções gonococcal ou clamidia nos homens ou qualquer DTS nos participantes de ANC. Não houve diferenças substanciais no comportamento sexual entre os ramos.

Custos-eficácia

Foi demonstrado que a intervenção foi a custos baixos. O custo, para se evitar um caso de infecção de HIV nesta intervenção foi estimado em 218 dólares americanos e em \$10 por incapacidade ajustada da vida salva por ano (DALY). Numa análise de sensibilidade dos factores que influenciaram os baixos custos, o custo por DALY economizado variava entre os \$2.50 e \$48.00. Estas estimativas comparam-se favoravelmente com as das outras intervenções de saúde pública.

Constrangimentos

DTSs assintomáticas não foram cobertas, excepto através do tratamento de parceiros. Apesar dos serviços melhorados, alguns doentes ainda procuravam tratamento dos médicos tradicionais ou dos vendedores de medicamentos. Ocasionalmente, os medicamentos não eram utilizados de uma maneira útil pelos trabalhadores de saúde por causa das vantagens financeiras que eram atribuídas à difícil situação financeira. Alguns trabalhadores formados eram transferidos e era necessário formar outros.

3.2 Experiência de intervenção em Rakai

O estudo de Rakai foi baseado numa comunidade e controlado ao acaso, e foi eficaz.

Objectivos

1. Determinar se as reduções na prevalência e na incidência de DTS resultaria numa redução de transmissão/aquisição de HIV;
2. Determinar se a redução da incidência e prevalência das DTSs poderia ser alcançada efectivamente pelo tratamento em massa das DTSs (terapia em massa escolhida por causa da falta de infra-estruturas na zona de Rakai).

Plano

O estudo de Rakai para a prevenção do SIDA foi realizado numa zona rural com elevadas taxas de HIV, DTS e infecções genitais (GTIs). O estudo forneceu um tratamento em massa com antibióticos de largo espectro no ramo de intervenção de modo a cobrir tanto as infecções assintomáticas quanto sintomáticas nas pessoas e nos seus parceiros formais e informais. A estratégia cobriu múltiplas infecções e permitiu um rápido tratamento de toda a comunidade. A equipa de controle sintomático e os doentes com serologia positiva de sífilis foram reportados para a gestão de DTSs sindrómicas. O objectivo da amostra era de se atingir uma redução na ordem de 35% de incidência no domínio da intervenção. Foi elaborado desta forma de modo a reduzir a re-introdução das DTSs no seio das comunidades. Assim, os aglomerados foram planificados para agruparem interacção social e, presumivelmente, interacção sexual. Os residentes permanentes foram inscritos na totalidade

com um conjunto de dados completos. O estudo também tratou transeuntes e cônjuges que viviam fora de casa. Os dados foram recolhidos nestes indivíduos. Houve cinco aglomerados cada um no tratamento e grupos de controle.

Intervenção

Foram efectuadas visitas domiciliárias em cada dez meses. Os questionários e amostras foram os mesmos para todas as pessoas na intervenção e grupos de controle. O grupo de intervenção recebeu azithromcin, ciprofloxacina e metronidazole, independentemente dos sintomas. Ao grupo de controle foi atribuído mebendazole (tratamento para lombrigas), ferro e vitaminas. Ambos os grupos incluindo o grupo de controle tomaram Sera. No grupo de intervenção, os participantes infectados com sífilis seroreactiva receberam penicilina benzatinica nas suas casas, e no grupo de controle, os participantes foram encaminhados ao centro de saúde, que tinha penicilina benzatínica. Sera, urina, medicamentos de administração vaginal próprio para mulheres, e compresas de todos os tipos para doenças genitais e úlcera nos homens foram levados às casas das pessoas. As mulheres que tinham úlceras vaginais eram enviadas para as clínicas. Entre as visitas de estudo, tanto nas intervenções como nos grupos de trabalho, todos os pacientes sintomáticos foram aconselhados a se dirigirem às unidades sanitárias estatais para procederem ao respectivo tratamento.

Avaliação

A incidência de HIV foi medida tanto entre as visitas 1 e 2, ou visitas 2 e 3. Para aquelas pessoas que não beneficiaram da visita 2, a incidência foi medida entre as visitas 1 e 3. A prevalência de DTSs foi apresentada em cada uma das voltas (análise conservativa). Na amostra das DTSs, todos os casos de HIV e DTSs positivos foram incluídos. A linha de base da prevalência de DTSs foi: sífilis 10%, problemas vaginais provocados por bactérias 50%, *Trichomonas vaginalis* 25%, *Neisseria gonorrhoea* 1.5%, *Chlamidia trachomatis* 3% e HIV 16%.

Resumo dos resultados

1. O estudo alcançou o objectivo operacional de redução da prevalência da exposição às DTS no grupo de intervenção relativo ao grupo de controle;
2. Não foi observada qualquer diferença na incidência de HIV;
3. Não houve qualquer diferença na duração dos sintomas entre a intervenção e controle;
4. Foram verificadas algumas reduções significativas na prevalência de sífilis e *T. Vaginalis* na população de um modo geral. A principal questão é saber se os serviços eticamente mandatados para as DTSs para os grupos de controle resultaram na convergência da intensidade do tratamento entre os grupos e possivelmente diluíram o efeito da incidência do HIV.

Constrangimentos

Os serviços do governo, tanto no ramo da intervenção como no do controlo nas comunidades eram muito limitados com falta de mão-de-obra e de medicamentos nas unidades sanitárias. O projecto providenciava penicilina grátis às unidades, mas não havia melhoria na formação ou noutros serviços.

3.3 Experiência de intervenção em Masaka

Objectivos

1. Determinar o impacto da mudança de comportamento encorajada somente pelo IEC em comparação com IEC e gestão de DTS sobre a incidência do HIV numa população rural de Uganda;
2. Avaliar os baixos custos de intervenção e analisar se podiam apoiar no controlo do HIV em outros locais.

Plano

O estudo foi uma experiência feita ao acaso numa comunidade controlada em três ramos:

- Ramo A: somente IEC;
- Ramo B: IEC com gestão melhorada de DTS;
- Ramo C: Controlo da comunidade.

Os três ramos incluíram a promoção social do preservativo, testes de HIV e aconselhamento. Para cada ramo foram registadas seis freguesias com 4000 adultos cada. Nas freguesias escolhidas ao acaso, o seguinte foi considerado:

- qualidade dos estabelecimentos sanitários disponíveis;
- nível do pessoal;
- tipo ou tamanho da estrada que passa pela freguesia;
- distância da capital do distrito, Masaka.

Intervenções

1. Pacote de IEC

A promoção do componente de saúde tinha como objectivo promover:

- o conhecimento exacto sobre SIDA e DTS;
- atitudes positivas e compaixão para com as pessoas vivendo com SIDA e as suas famílias;
- comportamento sexual seguro, tal como a redução no número de parceiros e a adopção de práticas sexuais seguras (utilização de preservativos);
- melhoria no comportamento de procura de tratamento para as pessoas com sintomas de DTS.

2. Melhoria na gestão de DTS

O objectivo era o de melhorar:

- o conhecimento e habilidades dos provedores de cuidados de saúde
- qualidade de cuidados de DTS no ramo de estudo.

3. Comparação no ramo de actividades

Este ramo centrou-se nas medidas de saúde pública não relacionadas com HIV/DTS, tais como actividades de imunização, controlo de malária e saneamento.

Medição dos resultados

A medição do resultado primário foi a incidência do HIV. Outros indicadores incluíram:

- incidência de DTS (T. pallidum, herpes simplex tipo 2, infecção gonococcal e C. tracomatis);
- utilização de preservativos
- mudança de comportamento sexual.

Dados de linhas de base

A prevalência do HIV em geral era de 8.7% nos homens e 10.9% nas mulheres. A prevalência variava de freguesia para freguesia (uma média de 4-21%), com os números mais elevados nas mulheres entre os 20 e 34 anos e os homens com idades compreendidas entre 25 e 44 (tabela 4). Só foram feitos 4000 testes de reagente de plasma rápido (RPRs). A média geral é de 11% (11.4% nos homens e 10.5% nas mulheres). Os resultados devem ainda ser confirmados pelo TPHA.

Prevalência de HIV nos três ramos em Masaka, Uganda

Tabela 4

	Ramo A	Ramo B	Ramo C	Ramo D
Total das pessoas registadas	7109	7066	7031	21 206
% testadas	70%	68%	70%	70%
prevalência do HIV	9%	10%	11%	9.9%

Resultados

A implementação começou na primeira unidade de saúde do Ramo B em Setembro de 1994. Em Setembro de 1995 todas as seis freguesias tinham sido totalmente incorporadas na intervenção.

1. Um total de 5813 casos de DTS foram notificados nas seis unidades de saúde (2124 homens e 3689 mulheres). A diferença entre os sexos deve ser por causa de DTSs relacionadas com a gravidez adquiridas durante as visitas pré-natal.
2. Dos síndromas de DTS, 54% eram corrimentos genitais e 32% úlceras genitais (23% dos homens e 7% das mulheres com úlceras genitais também tinham corrimentos).
3. A proporção dos casos de DTS a procura de cuidados nos hospitais privados era de 13% .
4. De maneira geral, a proporção dos casos de DTS foi menos que 20%, dos quais 67% curaram-se.
5. Os resultados gerais do acompanhamento de seronegativos (de três trios) indicam uma incidência de 7.6% por 1000 pessoas por ano (6.4 entre os homens e 8.6 entre as mulheres).

Discussão

1. A pesquisa de linha de base que incluiu análise de freguesias e preparações, foi completada em Novembro de 1996 e a segunda parte do estudo acabou em Dezembro de 1998. A última pesquisa estará completa em Junho de 2000. Os resultados do estudo estarão disponíveis na altura.

2. A experiência de IEC-DTS foi estabelecida com intervenções que parecem ser adequadas.
3. O papel dos médicos privados nas experiências é importante. Eles são formados e são supervisionados da mesma maneira que os do sector público. A qualidade de serviço não é diferente da do sector público.
4. Com vista a determinar a etiologia da doença geniturinária (GUD), fizeram-se planos para realizar um estudo etiológico, utilizando uma amostra numa clínica. Contudo, para obter a incidência de HSV-2 com uma prevalência estimada de 36% nos homens e 72% nas mulheres, será necessário restringir o estudo ao grupo mais jovem.
5. A incidência mais baixa do que se esperava implica que seria ideal que o acompanhamento fosse mais longo. Contudo, não é provável que isso seja praticável.
6. Visto que é um estudo baseado em serviços, a amostra foi tirada das populações perto das clínicas. É também importante ver como é que o efeito das intervenções é difundido.
7. Visto que nenhuma intervenção se realiza em isolamento, é importante verificar se os projectos a serem implementados na área terão um efeito difusor.
8. A comparação do Ramo A com o C é uma das poucas experimentações que analisam a ligação entre os resultados de IEC, DTS e HIV, sendo tal acção importante. Há pouca utilização de testes de HIV e de serviços de aconselhamento. Somente cerca de 10% vêm obter os resultados em cada ramo. Todos os residentes em cada ramo serão sujeitos à testes como parte de pesquisa de casa para casa. Apesar do impacto de testes e aconselhamento ao nível individual ter sido variável, há poucos dados sobre o impacto na comunidade.

3.4 A comparação das experiências de Mwanza e Rakai

As diferenças nos resultados das experiências de Mwanza e Rakai levaram a várias perguntas importantes sobre os programas e a pesquisa.

Intervenções

A experiência de Mwanza centrou-se no aumento de diagnóstico dos sintomas de DTS. Houve provisão de acesso contínuo ao tratamento de DTS, supervisão regular e a provisão consistente de medicamentos. Depois de 24 meses, a intervenção em Mwanza resultou na redução de incidência de HIV em 38% nas comunidades de intervenção comparadas com as comunidades de controlo.

Em Rakai, Uganda, onde se ensaiou uma diferente abordagem de tratamento em massa directamente observado para DTSs curáveis num intervalo de 10 meses, a incidência de HIV era semelhante nas comunidades de intervenção e controlo depois de 20 meses (segunda fase do tratamento em massa).

Muitos factores devem ter contribuído para os resultados divergentes destas duas experiências. Algumas das potenciais explicações para os resultados estão sublinhados nos pontos 1-3 abaixo.

1. Tipo de intervenção

A experiência de Mwanza providenciou um acesso contínuo ao tratamento de DTS, supervisão regular de trabalhadores de saúde e uma provisão consistente de medicamentos. Por outro lado, em Rakai a intervenção foi o tratamento em massa administrado somente todos os 10 meses tanto para as populações de estudo

sintomáticas como as assintomáticas. É plausível que o acesso contínuo aos serviços melhorados de tratamento de DTS sejam mais efectivos que o tratamento intermitente em massa. Por exemplo, as pessoas infectadas pouco depois do tratamento em massa teriam acesso aos serviços clínicos em existência prévia, possivelmente com facilidades de cuidados clínicos inadequados (tabela 5).

Descrição das intervenções

Tabela 5

	Rakai	Mwanza
Plano	Baseado na comunidade e ao acaso, controlado em indivíduos em amostra aberta	Experiência baseada na comunidade e ao acaso, controlado e por amostra
Intervenção	Tratamento domiciliário em massa de DTS, directamente observado	Tratamento sindromático de DTS sintomáticos através de acesso aos serviços baseados na clínica (e penicilina intramuscular para todos os RPR positivos na linha de base em ambos os ramos de estudo)
Medidas tomadas nas comunidades de controlo	Antelmintico/vitamina/ferro-folate. Tratamento em massa referência e para os sintomas de DTS	Algumas intervenções começaram dois anos mais tarde
Frequência de intervenção	Linha de base 10 em 10 meses	Contínuo
Duração de acompanhamento	20 meses	24 meses
Tratamento de parceiros	Presumível cobertura pelo tratamento em massa	Referência aos doentes (cerca de 30% apresentaram-se nas clínicas para cuidados)
Medição	Toda a população nas comunidades de intervenção e controlo (15 a 59 anos)	Selecionados ao acaso em amostras da comunidade (15-54 anos) e amostra de clínica pré-natal

2. Fase da epidemia do HIV

Na fase avançada da epidemia do HIV, a contribuição relativa de DTS curáveis na transmissão do HIV pode reduzir e a importância de DTS viral pode aumentar. A prevalência de dados em ambos os sítios mostra que Mwanza tinha uma linha de base de prevalência de HIV de 4% enquanto que Rakai tinha a prevalência de HIV de 16% (tabela 6). Em Rakai, um aumento na proporção de indivíduos é biologicamente susceptível à infecção, independente de um co-factor de DTS. Assim, a proporção das novas infecções atribuídas ao co-factor efeito de DTS curáveis podem reduzir conforme evoluir a epidemia do HIV.

3. Prevalência de HIV e perfis

Metodologias diferentes de testes foram utilizadas para estimar a prevalência de DTS nas duas experiências. Em Rakai, os métodos de detecção de DTS foram mais extensivos do que os que foram utilizados em Mwanza. Contudo, algumas comparações podem ser feitas a partir de dados de amostras. Os níveis de prevalência de sífilis eram

semelhantes (Rakai 10%, Mwanza 7%). A prevalência conjunta de gonorreia e clamídia parece ter sido comparável (Mwanza 2.4-3.2% e Rakai 3%). Contudo, 31% de homens e 61% de mulheres em Rakai tinham a infecção de HIV-2, comparados com 12% e 35% em Mwanza. A alta prevalência de DTSs/RTIs incuráveis e difíceis de tratar (especialmente HSV-2 e vaginose bacteriana) podem desempenhar um papel que anula o efeito de tratamento de DTSs curáveis ao nível de uma população (tabela 6).

Descobertas de linha de base

Tabela 6

	Rakai	Mwanza
Participação	77% de todos elegíveis	85% de todos os elegíveis
Acompanhamento	73-75%	71%
Aleatoriamente	Efectivo ao nível de grupo	Efectivo ao n. comunidade
Linha de base		
Prevalência de HIV	15.9%	4.1%
HSV-2	31.2% Homens 60.9% Mulheres	12.1% 35.6%
Linha de base e prevalência de DTS		
Sífilis seropositivo	10	7-9%
Gonorreia	1-2%	2.4-3.2% (Homens – gonorreia e clamídia)
Clamídia	2-4%	
Tricomoníase	24%	não notificado
Sintomas de úlcera genital	8-9%	não notificado
Sintomas de corrimento	6-7%	1-2% (Homens)
Sintomas de disúria	10%	não notificado
Vaginose bacteriana	50%	não notificado

Nota: Os níveis de linha de base referem-se ao período de 6 meses, não apontando os sintomas de prevalência.

Além disso, sintomas de DTSs não tratados podem ser mais importantes do que os assintomáticos para a transmissão de HIV (DTSs assintomáticas podem ser a chave de propagação e complicações a elas relacionadas). É concebível que o efeito de co-factor DTS/HIV de DTSs assintomáticas possam ser mais baixas que as DTSs sintomáticas. Biologicamente, é mais provável que DTSs sintomáticas estejam mais associadas com a inflamação e ulceração e demonstrou-se que estes correlativos estão associados à inflamação relacionada com um aumento de derramamento de HIV. A intervenção em Mwanza lidava mais com infecções sintomáticas do que a experiência de intervenção em Rakai.

Impacto de intervenção sobre DTSs em Mwanza (tabelas 7 e 8)

- Significantes reduções na incidência de sífilis nas comunidades de intervenção;
- Reduções significantes na prevalência de sífilis serológica nas comunidades de intervenção;
- A prevalência de uretrites sintomáticos nos homens foi reduzida por 50% nas comunidades de intervenção;
- Redução não significativa de 30% na conversão de seros TPHA foi documentada.

Impacto da intervenção em Mwanza

- Em Mwanza, houve uma redução de 38% na incidência de HIV nas comunidades de intervenção, comparadas aos controlos.

Acompanhamento das descobertas: Incidência de HIV e DTS

Tabela 7

	Rakai	Adj RR* (CI**)	Mwanza	Adj RR (CI)
Incidência de HIV				
Grupo de intervenção	1.5	0.97 (0.81-1.16)	0.58	0.62 (0.45-0.85)
Grupo de controlo	1.5		0.93	
Incidência de HIV (com disuria)				
Grupo de intervenção	1.3	0.63 (0.4-1.01)	(N/A)	-
Grupo de controlo	1.8			
Incidência de HIV (com NG)				
Grupo de intervenção	2.9	(N/A)	(N/A)	-
Grupo de controlo	9.1			
Incidência de DTS				
Sífilis: TPHA				
conversão de sero				
Grupo de intervenção			3.0	0.69 (0.35-1.38)
Grupo de controlo			4.1	
Novos casos de sífilis Activas				
Grupo de intervenção	1.7	0.65 (0.06-6.82)	2.2	0.62 (0.30-1.02)
Grupo de controlo	2.2		3.4	
Tricomoníase				
Grupo de intervenção	4.8	0.52 (0.35-0.79)	(N/A)	
Grupo de controlo	9.1			

*Adj = risco relativo ajustado **CI = Intervalo de Confiança

Descobertas de acompanhamento: prevalência de DTS

Tabela 8

	Rakai		Mwanza	
		Adj RR* (CI**)		Adj RR (CI)
Prevalência de DTS	(%)		(%)	
Sífilis seropositivo				
Grupo de intervenção	5.6	0.80 (0.71-0.89)	5.0	0.71(0.54-0.93)
Grupo de controle	6.8		7.0	RPR \geq 1.8
Gonorreia (NG)				
Grupo de Intervenção	0.8	0.66 (N/A)	-	-
Grupo de Controle	1.2			
Clâmide (CT)				
Grupo de intervenção	2.4	0.88 (0.50-1.53)	-	-
Grupo de controle	2.6			
NG/CT				
Grupo de intervenção	-	0.59 (0.38-0.91)	2.5	0.96 (0.50-1.85)
Grupo de Controle			3.0	
Trichomoniasis				
Grupo de intervenção	9.3	1.02 (0.80-1.29)	-	
Grupo de controle	14.4			
Sintomas de úlcera de genitais				
Grupo de intervenção	5.7	1.01 (0.93-1.31)	-	Todos os sintomas: homens do grupo de intervenção 11.5%RR 0.94
Grupo de controle	5.3			
Sintomas de descargas				
Grupo de intervenção	6.5	1.12 (0.89-1.41)	-	12.% (0.59-1.559)
Grupo de controle	6.0			Todos os sintomas: Mulheres do grupo de intervenção 6.1% RR 1.00
Uretrite sintomático				
Grupo de intervenção	-	-	1.8	6.5% (0.58-1.72)
Grupo de controle			3.2	(0.25-1.03) só homens

*Adj RR = risco relativo ajustado **CI = Intervalo de Confiança

Impacto de intervenção sobre DTSs em Rakai (Tabelas 7 e 8)

Depois de três fases de tratamento em massa em 20 meses, incluindo dois intervalos de acompanhamento, os seguintes resultados foram notados:

- Reduções significativas na prevalência de sífilis diagnosticados serologicamente em comunidades de intervenção;
- Reduções significativas na prevalência e incidência de T. vaginalis nas comunidades de intervenção;
- Reduções significativas na prevalência de vaginose bacterial.

Impacto de intervenção sobre HIV em Rakai

Em Rakai, a incidência de HIV foi semelhante na intervenção e nas comunidades de controle em geral.

Assuntos para mais discussão e pesquisa

A equipa de Rakai investigara e compilara documentação sobre as redes sexuais nas comunidades em estudo e tentara definir o tamanho das comunidades de uma maneira adequada. Contudo, entre 8% e 13% dos participantes da amostra afirmaram que tinham um parceiro sexual fora da comunidade e cerca de 45% da população da amostra afirmou que tinha viajado para fora do Distrito de Rakai durante o período de acompanhamento. Cerca de 83% de todos os residentes registados estava presente durante o período da visita de estudo à comunidade. Desse número, cerca de 93% consentiu o seu registo. A proporção da população que aceitou tratamento foi mais de 90%. Assim, o tratamento em massa cobriu cerca de 77% de todos os residentes elegíveis. Alguns participantes sugeriram que os refractários e os não participantes podiam ter sido mais móveis e podiam ter estado envolvidos em comportamento de alto risco de uma maneira mais frequente em comparação com as pessoas que participaram na intervenção.

Apesar do tratamento em massa, no acompanhamento, depois de 10 meses, descobriu-se que a prevalência das DTS é substancial, sugerindo que a reinfeção deve ter sido significativa. A equipa de Rakai sublinhou que a intensa e significativa redução de tricomoniasis contradiz a presunção de que houve uma rápida reinfeção.

Os efeitos do atribuível-risco-da população (ARP) da infecção do HIV devido às DTS foram determinados em Rakai. Neste exercício, os investigadores observaram que o risco da incidência do HIV aumentou nas pessoas com sintomas das DTS, principalmente os presentes sintomas. Contudo, a prevalência de sintomas era baixa, e o ARP era 9.5% para aquisição do HIV devido a qualquer dos sintomas e menos de 20% para uma combinação dos sintomas. Assim, nesta situação de maior prevalência do HIV, o atribuível risco de adquirir o HIV associado aos sintomas da DTS foi baixo. Isto foi contudo observado à nível da comunidade. Dentro da comunidade, pode haver grupos populacionais onde o efeito da DTS na aquisição do HIV é alto. É importante observar que adolescentes estão nesta categoria, e o controlo das DTS neste grupo será muito importante, mesmo nas situações de alta prevalência do HIV e baixa prevalência das DTS.

Alguns dos participantes das discussões disseram que a variação aleatória pode ter contribuído para os resultados diferentes em Rakai e Mwanza. Os intervalos de confiança sobre os impactos resultantes do HIV eram 0.81-1.16 para Rakai (aproximadamente 1-3) e 0.45-0.85 para Mwanza. Isto significa que os resultados eram consistentes com a redução da incidência do HIV até 19% em Rakai e de 15% a 55% em Mwanza. Assim, a discrepância entre os resultados das experiências poderá ser menor que o sugerido pelas duas estimativas centrais. O erro aleatório nos resultados das experiências é provavelmente devido a um possível cálculo exagerado do efeito em Mwanza e uma possível subestimação do efeito em Rakai (tabela 7)

Além disso, alguns investigadores questionaram a extensão e as implicações das mudanças na prevalência das DTS nas experiências de Rakai:

- Em Rakai, as principais reduções foram observadas na sífilis serológica (na maioria sífilis latente) e na tricomoniasis. Não existe nenhuma evidência até hoje de que a sífilis latente contribua para a transmissão do HIV. A magnitude do efeito co-factor da tricomoniasis na transmissão do HIV é desconhecido e deve ser pequeno.
- Os métodos da detecção das DTS eram mais avançados em Rakai do que os utilizados em Mwanza. Isto torna difícil uma comparação directa. Contudo, alguns dados sugerem que a gonorreia e a clamidia teriam sido ligeiramente mais altos em Mwanza, enquanto

que a proporção da úlcera devido ao vírus do herpes simplex (HSV-2) era substancialmente mais alta em Rakai.

- Para ambas infecções, gonocócico e clamidial, a prevalência foi substancialmente mais alta no ramo da intervenção que no ramo da comparação na linha de base, mas era quase idêntico em ambos ramos depois do tratamento em massa. Portanto, não é ainda claro que o nível de exposição às DTS existia durante o período de acompanhamento em ambos ramos, e se a tal exposição teria sido diferente.

A infecção de candidíase não foi coberta pelo tratamento em massa. É possível que o tratamento antibacteriano resultou no aumento de candidíase no ramo de intervenção como resultado duma redução de lactobacília vaginal. A infecção da candida albicans mostrou recentemente estar associada à infecção do HIV. O tratamento em massa poderá possivelmente ter aumentado a transmissão do HIV em alguns casos. Contudo, a equipa de investigação de Rakai sublinhou que não havia evidência que as infecções da candida albicans aumentaram na população durante o período da experiência.

Conclusão

Os participantes concordaram que a evidência epidemiológica e biológica dum maior efeito das DTS sobre a transmissão do HIV é muito alta. Houve uma forte evidência para a eficácia das intervenções das DTS na transmissão do HIV em vários estudos. Todos os participantes concordaram que o controlo efectivo das DTS deve continuar a ser um componente chave para os programas de controlo do SIDA, especialmente nas zonas ou nas subpopulações onde as DTS prevalecem em grande escala.

Mais investigação é necessária para tratar do papel das DTS sem sintomas e investigar aspectos operacionais das intervenções das DTS para identificar as melhores práticas de intervenção em diferentes circunstâncias. Deve haver uma evidência que documenta a eficácia dos tratamentos em massa das DTS em zonas com um taxa pequena da epidemia do HIV e das DTS. Mais investigação seria também necessária sobre o impacto de tratar as DTS sem sintomas entre

“núcleos” transmissores em zonas com taxas substanciais do DTS e crescente aumento das taxas do HIV. Outros assuntos de investigação que merecem consideração são os seguintes:

- investigar o impacto que pode ser alcançado no comportamento destinado a melhorar a saúde;
- colher dados sobre a incidência das DTS e a sua duração;
- melhorar opções de diagnóstico para avaliar o estado de sintomas;
- ligar os dados das DTS/HIV com análises da rede sexual;
- melhorar diagnósticos laboratoriais das DTS.

Os estudos de intervenção sugerem presentemente que só os tratamentos regulares em massa em benefício da população em geral, não é uma prática eficaz para controlar as DTS de modo a evitar o HIV. Contudo, o tratamento em massa direccionado (por exemplo aos transmissores de alta frequência ou outros com alta incidência e prevalência do HIV), em intervalos relativamente curtos, merece ser examinado e considerado para uma futura investigação operacional.

3.5 Análise comparativa das experiências da África Oriental: Simulações computarizadas dos resultados de estudo de intervenção

Antecedentes

As análises comparativas das experiências de intervenção sobre DTS da África Oriental mostram diferenças nos vários resultados. As explicações para as diferenças são as seguintes:

- diferenças na fase da epidemia do HIV;
- diferenças nos perfís das DTS;
- diferenças nas intervenções e seus efeitos.

Para explorar estas diferenças, existem duas opções. A primeira é conduzir mais análises laboratoriais e a segunda envolve práticas computarizadas utilizando os dados empíricos.

A fundamentação lógica para a simulação computarizada das intervenções das DTS.

As três experiências da África Oriental foram rigorosamente conduzidas e desenhadas. Isto garante a validade interna. Cada experiência fornece estimativas válidas da eficácia das intervenções específicas dentro da população em estudo. As três experiências avaliam quatro intervenções em três populações diferentes (Tabela 9). Uma vez que existem diferenças nas experiências, tais como a fase da epidemia, perfís das DTS, diferenças nas intervenções, e erro aleatório nos resultados das experiências, e possivelmente por outras razões (por exemplo, diferenças no comportamento sexual, circuncisão, subtipos virais), os resultados destas experiências não são directamente comparáveis.

Tanto a eficácia absoluta e relativa das diferentes intervenções podem variar em diferentes populações. Se se utilizasse um modelo de computador suficientemente sofisticado seria possível simular cada intervenção em cada população e desta maneira comparar a sua eficácia (e custo-eficácia).

Tipos de intervenção que estão a ser analisadas nas experimentações da África Oriental

Tabela 9

Experimentação de intervenção	Tipo de intervenção
1 Mwanza	Serviços de tratamento síndrómicos
2 Rakai	Tratamento de DTS em massal
3(a) Masaka	ECIEC
3(b) Masaka	ECIEC e serviços de tratamento síndrómicos

3.6 Simulação do modelo de DTSSIM e a sua aplicação nas experimentações dos dados da África Oriental

DTSSIM é um modelo que foi elaborado na Universidade Erasmus, Rotterdam, com o apoio da UE. É um modelo de simulação estocástica para o HIV e quatro DTSs, nomeadamente, sífilis, cancroide, gonorreia e a infecção clamídia. A dinâmica de transmissão e a história

natural de cada infecção pode ser simulada. Cada indivíduo numa população pode ser localizado com respeito a parceiros sexuais e após adquirir a infecção (tabela 10). Os resultados do modelo incluem a prevalência e incidência de HIV e DTS por algum período em termos de idade e género. O modelo permite a introdução de diferentes intervenções em pontos específicos de tempo. Os efeitos das diferentes intervenções podem ser formuladas.

Assunções de modelo selecionado sobre a transmissão natural e a história natural de infecções, efeitos de co-factores e desempenho de tratamento

Tabela 10

Parâmetro		HIV	Gonorróeia	Clamídia	Sífilis	Cancroide
Transmissão probabilidade por contacto	M→F	0.003	0.22	0.20	0.30	0.15
	F→M	0.0008	0.15	0.12	0.10	0.20
Aumento relativo em contacto e transmissão do HIV provavelmente por causa de DTS	Suscepti- bilidade Infeccio- sidade		10 10	10 10	100 100	100 100
Risco anual de infecção por contactos com as populações fora do estudo	M	$5.4 \cdot 10^{-5}$	$2.1 \cdot 10^{-3}$	$2.4 \cdot 10^{-3}$	$7.2 \cdot 10^{-4}$	$4.8 \cdot 10^{-4}$
	F	$6.1 \cdot 10^{-5}$	$1.2 \cdot 10^{-3}$	$1.5 \cdot 10^{-3}$	$4.1 \cdot 10^{-4}$	$2.7 \cdot 10^{-4}$
Probabilidade que a infecção se torne sintomática	M	1.0	0.50	0.30	0.95	0.95
	F	1.0	0.20	0.15	0.50	0.70
Duração média da fase de infecção se não for tratada (semanas)	M	400	9	12	26	16
	F	400	13	16	26	16
Duração média da fase de infecção se for tratada	M	NA	2	3	2	2
	F	NA	8	10	2	2
Média de duração do estado latente (semanas)	M F				520 520	
Fracção dos episódios sintomáticos de DTS curados por serviços não melhorados	M	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
	F	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Fracção dos episódios sintomáticos de DTS curados por serviços melhorados	M	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	F	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Assunções de modelo seleccionado sobre a transmissão natural e a história natural de infecções, efeitos de co-factores e desempenho de tratamento (Cont.)

Tabela 10

Parâmetro		HIV	Gonorrhoeia	Clamidia	Sífilis	Cancroid
Fracção de parceiros fixos dos doentes de DTS notificados e curados*	M	0.28	0.28	0.28	0.28	0.28
	F	0.28	0.28	0.28	0.28	0.28
Fracção de DTS curados por tratamento em massa	M	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
	F	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95

M = masculino; F = feminino; NA = não aplicável sob as condições prevalecentes nas zonas rurais de Mwanza

*Assume-se que seja zero, a não ser que os serviços tenham melhorado

O Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido está actualmente a financiar um projecto utilizando o DTSSIM para comparar a eficácia das intervenções estudadas em intervenções de três países da África Oriental. Este empreendimento será um esforço colaborativo dos cientistas da Universidade de Erasmus em Rotterdam, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, assim como as equipas de pesquisa das três experimentações.

Esboço de Estudo

A DTSSIM será acomodada para estudar cada grupo de população, utilizando os dados empíricos disponíveis para guiar na escolha do parâmetro. Usar três locais diferentes de dados imporá fortes constrangimentos na variabilidade da escolha do parâmetro. O modelo será então ajustado para assegurar uma boa análise da prevalência de HIV e DTS. O modelo será utilizado para prever o impacto das intervenções e para ajustar e vaticinar com vista a comparar os dados do impacto empírico de cada local. O modelo final será utilizado para analisar os custos de todas as intervenções nas três populações. A DTSSIM também pode ser utilizada para identificar estratégias de intervenção excelentes para outros ambientes.

Resultados preliminares dos modelos

1. A simulSIDA acomodada aos dados de Masaka

A proporção projectada das infecções de HIV atribuíveis à DTS em diferentes fases da epidemia utilizando os dados das zonas rurais de Uganda aparecem na tabela 11. Os resultados apoiam a hipótese de que a proporção das infecções de HIV atribuíveis ao efeito co-factor de DTS pode reduzir conforme a epidemia for avançando.

Resultados de simulação da percentagem (95% CI) das infecções de HIV dos adultos atribuíveis a DTS durante 1980, 1990 e 2000 para cenários de co-factores baixos e altos de DTS*

Tabela 11

Cenário	DTS ulcerativas	DTS não ulcerativas	Ambas as DTS
Co-factor baixo	% CI	% CI	% CI
1980	68 (52-83)	17 (1-99)	86 (78-92)
1990	22 (16-31)	10 (4-20)	29 (23-36)
2000	16 (13-20)	3 (1-12)	17 (12-23)
Co-factor alto			
1980	95 (92-98)	4 (0-100)	100 (98-100)
1990	72 (66-75)	15 (4-50)	81 (77-85)
2000	51 (47-55)	4 (0-57)	58 (55-62)

*CI = Intervalo de Confiança

2. A DTSSIM acomodada nos dados de Mwanza

A DTSSIM foi acomodada para dados de Mwanza. Foram feitas simulações para comparar o impacto previsível da gestão sindromática e do tratamento em massa feita uma única vez. Os resultados indicam que o tratamento em massa uma só vez simulada na população de Mwanza levaria a uma redução rápida e substancial, mas temporária da prevalência de incidência de DTS e HIV. Os serviços de tratamento sindrómico levariam a um lento mas estável declínio da incidência do HIV, atingindo uma redução de mais de 60% dentro de 10 anos, comparando com os níveis esperados sem intervenção. A combinação de um tratamento em massa com a gestão sindromática dos casos resultaria numa redução rápida e sustentável da incidência de HIV, atingindo uma redução cumulativa de mais de 60% dentro de um ano neste modelo de simulação (tabela 12).

Percentagem cumulativa de infecções de HIV desviadas por três estratégias de intervenções (utilizando o modelo de projecções de DTSSIM acomodado nos dados de Mwanza)

Tabela 12

Período de tempo	Tratamento sindromático	Tratamento em massa	Tratamento em massa+sindromático
1 Ano	20%	45%	58%
2 Anos	32%	39%	60%
5 Anos	51%	31%	66%
10 Anos	64%	27%	72%

Resumo de discussão

- Os modelos podem ser utilizados para explorar a eficácia das diferentes intervenções. É necessário mais pesquisa utilizando os modelos existentes. Contudo, os modelos disponíveis não estão ainda bem 'ajustados' e precisam de ser melhorados.
- A exactidão das previsões depende da quantidade de dados empíricos colocados no modelo.
- Os dados preliminares indicam que o tratamento em massa pode ser efectivo em algumas populações sob certas condições.
- A combinação de um único tratamento em massa com serviços de DTS contínuos e sindrómicos pode ser efectivo. Esta estratégia podia ser avaliada através de uma experiência aleatória controlada, nos quais serviços sindrómicos melhorados são concedidos como um 'padrão ouro' no ramo da comparação.

3.7 Populações vulneráveis específicas

3.7.1 Projecto para trabalhadoras de sexo: Sonagachi, Índia

Antecedentes

Este projecto de intervenção para trabalhadoras de sexo, baseada na clínica de Sonagachi (Sonagachi, Índia), começou em 1992 e centrou-se na mudança de comportamento para influenciar a transmissão do HIV entre as trabalhadoras de sexo. O controlo de DTS foi incluído no projecto porque do ponto de vista da comunidade, pensava-se que um componente de serviços de DTS era essencial para os esforços de prevenção do HIV.

A intervenção tinha três grandes componentes:

- gestão de DTS;
- IEC;
- provisão de preservativos

Razões para a intervenção

Acessibilidade e aceitabilidade dos serviços são um problema para trabalhadoras de sexo. Uma das maiores questões é que as trabalhadoras de sexo não têm controlo sobre os seus corpos e decisões. É a estrutura interna do negócio de sexo que tem uma forte influência sobre todos os aspectos da provisão do serviço. Contudo, assume-se que as trabalhadoras de sexo utilizam uma alta qualidade de serviços de saúde. A clínica neste projecto desempenhou um papel importante na influência da qualidade de cuidados, melhoria de comportamento em termos de procura de cuidados de saúde e na capacitação de trabalhadoras de sexo.

Resumo das actividades de intervenção

As actividades incluíram:

1. Advocacia ao nível da comunidade para identificar os serviços de DTS;
2. Extensão da promoção de preservativos, incluindo o envolvimento de trabalhadoras de sexo;
3. IEC para melhorar o comportamento de procura de cuidados de saúde;
4. Melhorar a qualidade de serviços prestados na clínica, incluindo serviços de DTS, testes para sífilis e como melhorar o acompanhamento de tratamento;
5. Advocacia entre as trabalhadoras de sexo para exigir melhores serviços como um processo de capacitação;
6. Formar as trabalhadoras de sexo para terem algum controlo sobre os seus corpos.

Descobertas de linha de base

As seguintes foram as principais descobertas de linha de base na população de trabalhadoras de sexo:

1. Elevado índice de analfabetismo (84%);
2. Exposição de alto risco entre trabalhadoras de sexo (média de 4 clientes por dia);
3. Trabalhadoras de sexo jovens (85% com idades entre 15 e 29 anos);
4. Alta prevalência de DTSs (sífilis, gonorreia, T. vaginalis e candidiasis – 81%);
5. Pouca utilização de preservativos (3%);

6. Bom conhecimento sobre HIV, DTS e comportamento de procura de cuidados de saúde;
7. Uma boa atitude e alto nível de cooperação;
8. Prevalência de HIV 1.12%.

Implementação de intervenção

A clínica inicialmente começou com diagnósticos patológicos para DTS. Visto que este procedimento tornou-se logisticamente mais difícil e insustentável, a prática virou-se para a gestão sindrômica. Houve também a educação de saúde e a promoção de preservativos e algumas trabalhadoras de sexo foram recrutadas como educadoras de pares em questões de saúde.

Para a avaliação da intervenção foi utilizado um plano de duas fases, onde se levava uma amostra aleatória das três populações. As amostras incluíam ambas as trabalhadoras de sexo velhas e novas (as novas tendo trabalhado menos de três meses no campo). Cerca de 20% das pessoas que foram entrevistadas eram novos membros. O projecto não é baseado numa amostra, mas em amostras repetidas ao acaso.

Resultados

Os resultados estão ilustrados na tabela 13.

Resultados de amostras ao acaso de DTS e HIV nas trabalhadoras de sexo na Clínica de Sonagachi

	1992 linha de base	1993	1995	1998
% com úlceras genitais	6.22	7.20	2.95	0.99
% VDRL + (1:8 & acima)	25.4	26.2	14.3	11.92
% utilização de preservativo				
Sempre	1.1	47.2	50.1	50.4
Muitas vezes	1.6	22.1	31.6	40.1
Prevalência de HIV em trabalhadoras de sexo	442	607	582	505
Número de HIV positivo	5	7	28	28
Seroprevalência (95% CI)	1.13% (0.15-2.11)	1.15% (0.3-2.11)	4.81% (3.07-6.55)	5.53% (3.54-7.52)

Tabela 13

Resumo das discussões

Houve vários desafios na implementação do projecto:

Desafios técnicos

1. Não havia estratégia provada para o controlo de DTS nas trabalhadoras de sexo;
2. Houve um rápido movimento de trabalhadoras de sexo de um lado para o outro;
3. Não havia estratégia para lidar com os parceiros ocasionais das trabalhadoras de sexo para o tratamento de DTS e aconselhamento;
4. Não havia testes nem sujeitos assintomáticos;
5. Em geral havia índice baixo no cumprimento do tratamento.

Constrangimentos sociais

As populações das trabalhadoras de sexo ainda eram estigmatizadas.

Recomendações para intervenções semelhantes

1. A estratégia deve ser baseada na participação da comunidade, sustentabilidade e replicabilidade;
2. Questões de pesquisa devem ser integrados na prestação de serviços;
3. Deve-se ter atenção quando se apresenta dados longitudinais por causa dos constrangimentos na participação favorecida dos que desistem. Indivíduos de alto risco podem ter desistido. Devem ser utilizadas as aproximações analíticas para se ajustar este facto.

3.7.2 Projecto de trabalhadoras de sexo e mineiros: Lesedi, África do Sul

O principal objectivo deste projecto era o de reduzir a prevalência de DTSs curáveis numa comunidade mineira sul africana através de serviços de DTS, incluindo o tratamento preventivo periódico para mulheres em alto risco, com vista a reduzir a transmissão do HIV tanto nas mulheres como nos homens.

Componentes de intervenção

1. Clínicas móveis com um enfermeiro registado e um assistente;
2. Educadores de pares dos mesmos grupos utilizados para recrutar mulheres em alto risco;
3. Tratamento preventivo com azithromycin 1 grama oralmente em intervalos de 1 mês para todas as mulheres em risco;
4. Educação de saúde, especialmente com respeito à DTS e HIV e a promoção de preservativos;
5. Gestão sindrómica de DTS.

Avaliação do impacto da intervenção

1. Mudanças na prevalência de DTS entre os mineiros locais foram analisadas através de comparação dos níveis de prevalência com amostras de dois grupos de mineiros feitos com uma diferença de nove meses;
2. A análise rotineira dos dados da doença de nove estabelecimentos de saúde foi monitorada para comparar os níveis de prevalência entre os mineiros na área de intervenção para os que vivem muito longe;

3. A formulação por computadores (AVERT) foi utilizada para estimar o impacto da infecção do HIV e os custos.

Resultados de linha de base

- 407 mulheres utilizaram os serviços durante os primeiros nove meses da intervenção;
- No início, a prevalência de *N. gonorrhoea* e/ou *C. trachomatis* nas mulheres era de 24.9% e 9% tinham evidência clínica de úlceras dos genitais. Metade das mulheres tinham uma das DTSs acima mencionadas ou uma serologia de sífilis activa.

Resultados de acompanhamento

Depois de nove meses de intervenção:

- A prevalência de DTS reduziu significativamente entre as mulheres que utilizavam os serviços, embora o nível de incidências continuasse alto;
- Entre os mineiros que viviam nas pensões na zona, a prevalência de *N. gonorrhoea* e/ou *C. trachomatis* baixou de 10.9% para 6.2% durante os 9 meses de acompanhamento ($p < 0.001$). A prevalência de úlceras genitais através de exames clínicos reduziu de 5.8% para 1.3% durante o período de acompanhamento ($p < 0.001$);
- Os níveis de DTSs sintomáticas vistos nos estabelecimentos de saúde reduziram entre os mineiros na zona de intervenção, comparados com os mineiros numa distância afastada com menos exposição ao projecto;
- Estima-se que 41 infecções de HIV foram evitadas entre as mulheres (40% de redução) e 196 (48% de redução) entre os mineiros (modelo AVERT);
- O custo actual da intervenção foi de 268 000 randes sul africanos (c. \$45 000) anualmente. Só os custos médicos para cuidar de 196 mineiros infectados pelo HIV foram estimados em mais de 2.3 milhões de randes. Baseados nestes custos projectados de poupança, a Companhia Mineira passou a responsabilizar-se pelos custos do projecto.

Planos futuros

A intervenção foi alargada em 1997 para cobrir uma população de mais de 100 000, incluindo 6000 mineiros a viverem em seis pensões. Está a planear-se uma avaliação interina e mais expansão.

Efeito de tratamento de infecções de órgãos reprodutivos (RTIs) sobre o corrimento vaginal: Joanesburgo, África do Sul.

População em estudo

Uma amostra consecutiva de 57 mulheres vivendo com HIV que se queixaram de corrimento vaginal numa clínica de DTS em Joanesburgo. As mulheres foram examinadas por causa de corrimentos vaginais do HIV após tratamento de infecções dos órgãos reprodutivos.

Intervenção

- Todas as mulheres foram examinadas clinicamente e realizou-se uma investigação laboratorial completa para DTS;
- Estudos virólicos sobre HIV incluíram plasma viral (reação de corrente reversa transcriptase-polimerase), corrimento vaginal de HIV (RT-PCR), contagens de CD4;
- Foi aplicada a gestão sindrómica de DTS;
- Os medicamentos utilizados para tratar o corrimento vaginal foram:

- ciprofloxacina 500 mg uma dose;
- doxycycline 100 mg duas vezes por dia por 7 dias;
- metronidazole 400 mg duas vezes por dia por 7 dias;
- clotrimazole 200 comprimido vaginal, uma dose;
- valacyclovir 500 mg duas vezes por dia por 5 dias (se for clinicamente indicado).

Resultados

A tabela 14 representa os resultados do efeito da gestão sindrómica em infecções individuais nas mulheres vivendo com HIV.

Efeito da gestão de infecções em 57 mulheres infectadas pelo HIV na África do Sul

Tabela 14

Infecção	Pré-tratamento Número positivo (%)	Pós-tratamento Número positivo (%)
Vaginosis bacterial	41 (72)	18 (32)
Candida	36 (64)	26 (45)
<i>T. vaginalis</i>	16 (29)	2 (4)
Gonorreia (GC)	8 (14)	2 (4)
<i>C. trachomatis</i> (CT)	10 (18)	3 (6)
GC/CT	15 (27)	5 (9)
Vírus herpes simplex	5* (9)	1 (2)

* 4 de 5 casos de HSV positivos dos cervicitis foram tratados com valacyclovir além da gestão sindrómica de outras DTs.

Resumo das descobertas

1. Neste subgrupo, o corrimento vaginal estava relacionado com a carga viral do plasma. A associação era independente contagens de CD4+ ;
2. Em doentes com carga viral do plasma < 10 000 cópias/ml, significativamente menos corrimento vaginal de HIV foi detectado do que os que tinham ≥ 10 000/ml (tabela 15);
3. Tratamento de infecções dos órgãos reprodutivos (RTIs) aos doentes com a carga viral do plasma ≥ 10 000 cópias/ml resultaram numa redução de 39% em corrimento vaginal.
4. Nos doentes com herpes cervicitis, o tratamento com valacyclovir resultou na redução do HIV em níveis indetectáveis (tabela 17).

Associação do corrimento vaginal com a carga viral do HIV no plasma na visita inicial: África do Sul

Tabela 15

Carga viral do plasma inicial		Corrimento vaginal médio derramando as Cópias do HIV/ml (alcance)	Número de doentes derramando as cópias viral	% Corrimento \geq 400 HIV Cópias/ml
	n			
<1000	26	138 (0-10237)	4	15%
\geq 10 000	31	1062* (0-67640)	18	58%**
Total	57	216 (0-67640)	22	39%

*Teste Mann-Whitney $p = 0.001$

** X^2 teste $p = 0.00$

Influência de tratamento de RTIs no corrimento vaginal de HIV: África do Sul

Tabela 16

Carga de plasma inicial Cópias/ml RNA	Redução no corrimento vaginal de HIV RNA	Não redução no corrimento vaginal de HIV RNA	% reduzida	
			n	
<1000	4 (25%)	22	26	15%
\geq 10 000	12 (75%)	19	31	39%
Total	16 (100%)	41	57	

X^2 teste $p = 0.05$

Efeito do tratamento de valacyclovir sobre o corrimento vaginal de HIV em herpes cervicitis: África do Sul

Tabela 17

Número de casos	CD4+	HIV Médio Plasma RNA Cópias/ml	Pré-tratamento vaginal RNAI Cópias/m	Pós-tratamento vaginal RNA Cópias/ml
426	424	21 590	3277	UD *
424	294	89 088	1062	UD
440	49	178 798	858	UD
329	12	407 089	4734	UD
455**	258	178 606	2859	1820

*UD = indetectável (<400 cópias/ml)

**Não tratados

Resumo de discussão

1. Parece que o tratamento de RTIs na fase de alto plasma da carga de HIV (fase inicial da epidemia) resulta numa maior redução do corrimento vaginal de HIV do que nas fases posteriores (fase avançada).
2. Visto que as novas infecções de HIV estão a ocorrer em todas as fases da epidemia, especialmente entre os jovens, o seu cenário é semelhante ao que aconteceu em Mwanza e portanto o tratamento de RTIs continua um componente importante da prevenção do HIV.
3. Como a epidemia do HIV atinge níveis avançados, a herpes constituirá uma proporção significativa dos RTIs. As intervenções necessitarão de um tratamento específico de anti-herpes para reduzir o corrimento do HIV.
4. O modelo AVERT precisa de ser modificado para incorporar a influência da dinâmica da carga viral do plasma do RTI/HIV.
5. Não se sabe por quanto tempo dura o efeito dos antiviral herpes em termos de supressão do corrimento viral, mas pode estar relacionado ao nível de imunossupressão.

3.7.3 A incidência de HIV e DTS numa amostra de trabalhadoras do sexo no Quênia

Antecedentes

O programa de trabalhadoras sexuais de Pumwani começou em 1985 como um projecto de pesquisa de DTS pré-SIDA. É um estabelecimento com a participação de grupos alvos na governação. Em meados de 1985, uma percentagem de 60% de infecções do HIV, foi reconhecida. Desde então o projecto evoluiu, tornando-se uma intervenção para fazer testes de sustentabilidade e replicação da intervenção de trabalhadoras sexuais em Nairobi. Actualmente há evidência de que a transmissão de DTS e HIV foram reduzidos.

Evolução da intervenção

- 1985: aconselhamento individual e promoção de preservativos (pouco efeito) e gestão de DTS;
- 1986: educação de pares e distribuição de preservativos;
- 1991: introdução de grupos facilitadores envolvidos em encontros para solução de problemas;
- 1991: diagnóstico de DTS mais agressivo e gestão.

Análise do impacto do programa

Comportamento sexual

As mulheres estão sob pesquisa quanto ao número de parceiros sexuais por dia e a percentagem dos clientes que utilizam preservativos. O número médio de parceiros e a percentagem média da utilização de preservativos aparece em cada calendário do ano para o período 1985-1997 (figuras 2 e 3).

Incidência de DTSs

A percentagem média das visitas positivas para cada calendário foi comparada a partir de 1985 à 1997 para gonorreia e de 1991 a 1997 para clamídia. A incidência de HIV-1 durante

os primeiros 13 meses de acompanhamento da amostra foi comparada por cada calendário do ano para o período 1985-1997 (figuras 4-6).

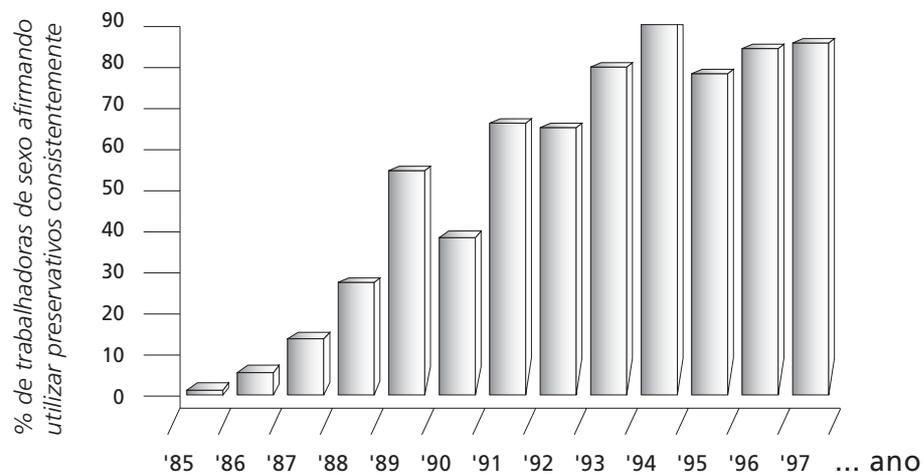
Resultados

1. Utilização de preservativos

A proporção das trabalhadoras de sexo que utilizam o preservativo aumentou e continuou num alto nível de mais de 80% por 5 anos. Durante o período de observação, notou-se uma redução na utilização por causa de desinformação pública sobre as curas do SIDA. (figura 2)

Impacto da intervenção na utilização de preservativos

Figura 2

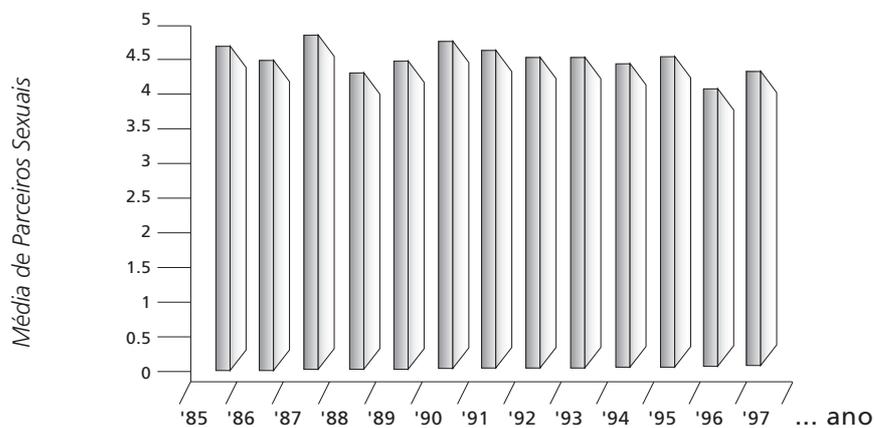


2. Parceiros sexuais

Virtualmente, não houve mudanças no número de parceiros por dia durante os 12 anos (figura 3).

Média de parceiros sexuais por dia por ano do calendário

Figura 3

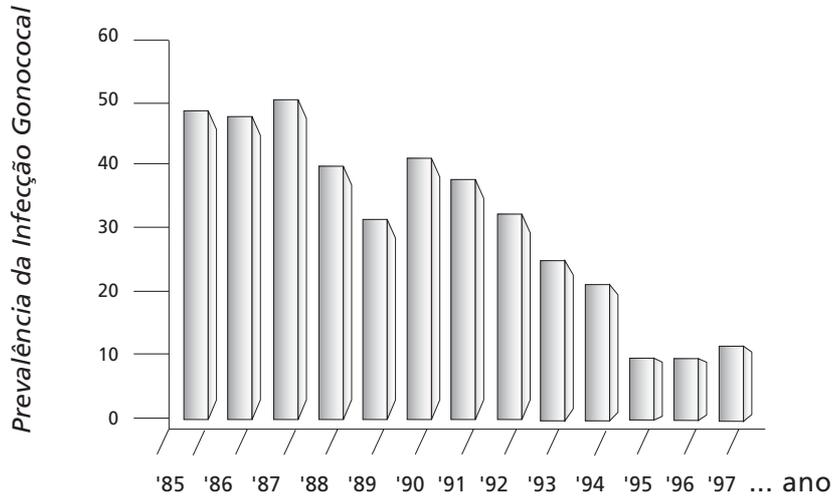


3. DTsS

A prevalência de gonorreia era de 50% em 1985 e 10% em 1997 (figura 4).

Impacto de intervenção sobre a prevalência gonococcal por visita

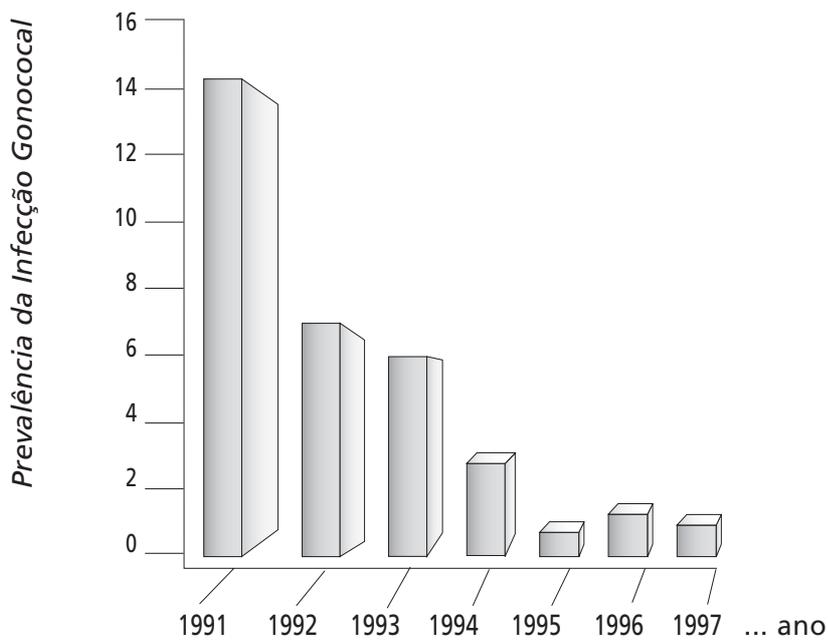
Figura 4



A prevalência de *C. Trachomatis* era de 14% em 1991 e 1% em 1997 (Figura 5).

O impacto da prevalência da visita da infecção Chlamidia trachomatis

Figura 5

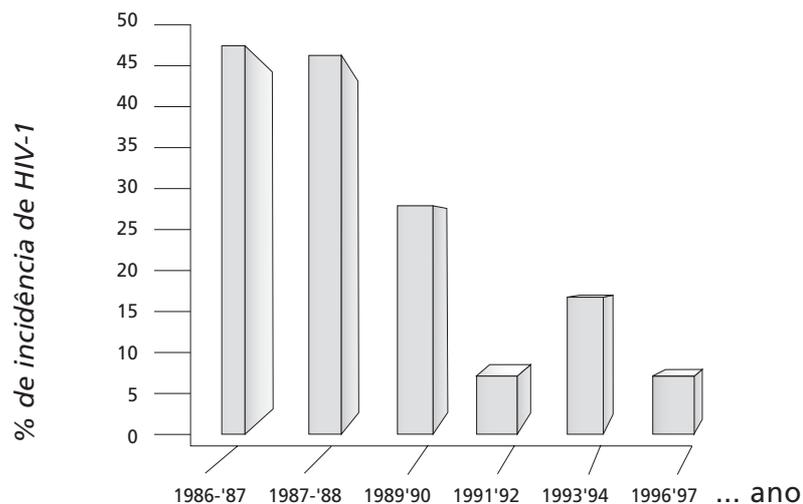


4. Infecção de HIV

A sero-incidência do HIV-1 durante os primeiros 13 meses de acompanhamento da amostra foi comparada para cada calendário dos anos 1996-1997. A incidência anual do HIV era de 45% de 1986 à 1997 (figura 6).

Impacto sobre a incidência do HIV-1 nos trabalhadores de sexo da amostra de Pumwani

Figura 6



Réplica do programa

- A réplica deste modelo de intervenção começou em 1991;
- A intervenção modificada consistiu na intervenção sobre as trabalhadoras de sexo baseadas na comunidade, assim como a gestão fortalecida de DTS nas clínicas públicas;
- O programa agora cobre 20 centros de saúde que servem uma população com 1.5 milhões de pessoas;
- A formação para a réplica nacional está em progresso;
- Não há serviços separados para as trabalhadoras de sexo e não há diferentes algoritmos.

Outras descobertas

- Mudança de prevalência de HIV-1 num ANC de mulheres, com 9% em 1992, 17% em 1994, 10% em 1996;
- Cancroide desapareceu em Nairobi;
- Na população geral, as mulheres estão a notificar que têm poucos parceiros, mas não houve um aumento na utilização de preservativos.

Constrangimentos

- O programa de DTS está a ser implementado num sistema de saúde irregular;
- Os trabalhadores da saúde não são bem pagos;
- O fornecimento irregular de medicamentos é um problema crónico, com os doadores a providenciá-los até aqui. Isso não é sustentável;
- Supervisão inadequada. Os trabalhadores da saúde precisam de instrumentos para supervisionar com eficácia.

4. Assuntos programáticos e de Políticas

4.1 Controlo das DTS para a prevenção do HIV entre adolescentes

Ao examinar as estratégias para o controlo das DTS entre adolescentes, duas perguntas formam a base para a sua selecção:

1. Irão os programas da prevenção e tratamento das DTS nas zonas onde a prevalência do HIV é alta reduzir o risco da transmissão do HIV nos adolescentes?
2. Que prioridade deve ser dada aos programas da prevenção e tratamento das DTS para adolescentes?

DTS e HIV entre adolescentes

As DTS e o HIV constituem um grande risco de saúde para todos os adolescentes sexualmente activos. Em países desenvolvidos assim como em desenvolvimento, as tendências crescentes na incidência e prevalência das DTS/HIV entre adolescentes apresentam um grande desafio para a sua saúde e bem-estar destes adolescentes. Estudos nos Países Ocidentais, por exemplo, demonstraram que mulheres abaixo dos 20 anos de idade são as pessoas que mais provavelmente podem ser infectadas com a candidíase tracomatis. Nos Estados Unidos, a incidência de gonorreia reduziu consideravelmente, mas é agora mais alta entre adolescentes de 10-14 anos, após o ajustamento da actividade sexual.

Os dados da prevalência do HIV, tendo em conta a idade e o sexo, podem ser obtidos da vigilância sero-sentinela e vários estudos comunitários. Mundialmente, a infecção não está distribuída igualmente e presentemente a África Subsaariana está desproporcionadamente afectada. Dentro desta mesma região, existe muita variação de acordo com a fase da epidemia. Em alguns países, a epidemia do HIV parece estar a estabilizar-se, e na medida que a doença torna-se endémica, o pico da incidência parece estar a virar para a classe das pessoas mais jovens. Esta situação é representada dramaticamente na figura 7 e 8. As razões para este foco de infecção nas pessoas jovens são complexas, mas incluem factores biológicos, formas e redes de comportamento sexual, a dinâmica da transmissão epidemiológica, e um comportamento ligado à procura de tratamento.

Os adolescentes correm um perigo especial de exposição às DTS/HIV:

- As relações sexuais dos adolescentes, muitas vezes, não são planeadas, são esporádicas e muitas vezes o resultado de pressão ou força.
- A experiência dos adolescentes é muitas vezes uma parte normal do desenvolvimento de adolescentes. Ela ajuda a alargar o seu horizonte e aprender acerca do papel do adulto e as responsabilidades que irão provavelmente tomar e expõe-os também à riscos de saúde.
- As relações sexuais dos adolescentes ocorrem tipicamente antes que tenham:
 - experiência e habilidades na auto-protecção;
 - informação adequada sobre as DTS e como evitar contrair tais infecções;
 - acesso adequado à serviços e abastecimentos tais como preservativos.

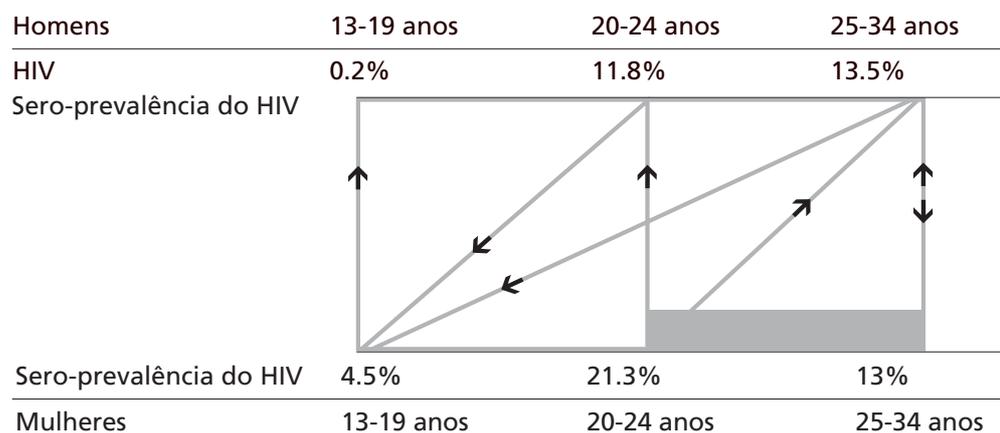
Meninas adolescentes são especialmente vulneráveis:

- O seu inadequado mecanismo de defesa mucosa e o revestimento imaturo do cerviz fornece uma pobre barreira contra a infecção;
- As meninas jovens são mais vulneráveis que homens jovens e adultos por razões sociais e económicas.

A apresentação do diagrama mostra que as raparigas mais novas parecem serem infectadas por homens muito mais velhos. A medida que as raparigas novas vão crescendo, a sua rede sexual tende a ser mais para com as pessoas da mesma idade e assim invertem a direcção da infecção. O efeito da mortalidade reduz a prevalência do HIV nas mulheres mais velhas no fim da escala.

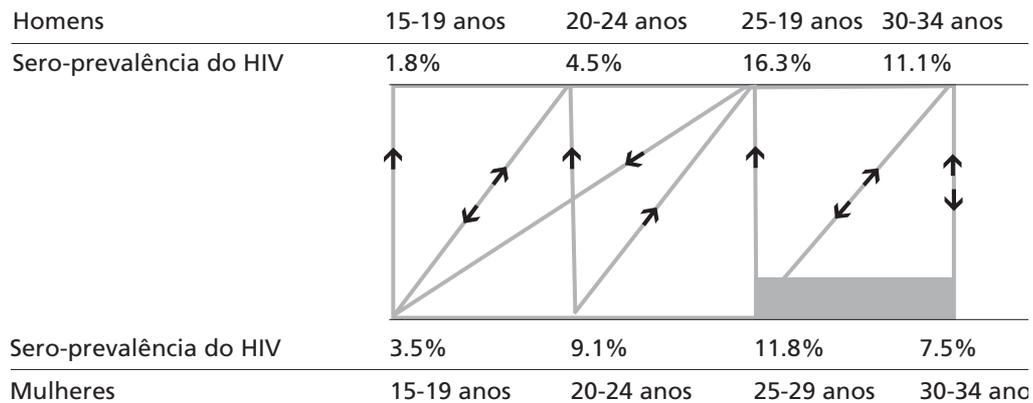
O modelo mostra a principal direcção da infecção do HIV entre os parceiros de diferentes idades: Uganda

Figura 7



Modelo mostrando a principal direcção da infecção do HIV entre os parceiros de diferentes idades: Etiópia

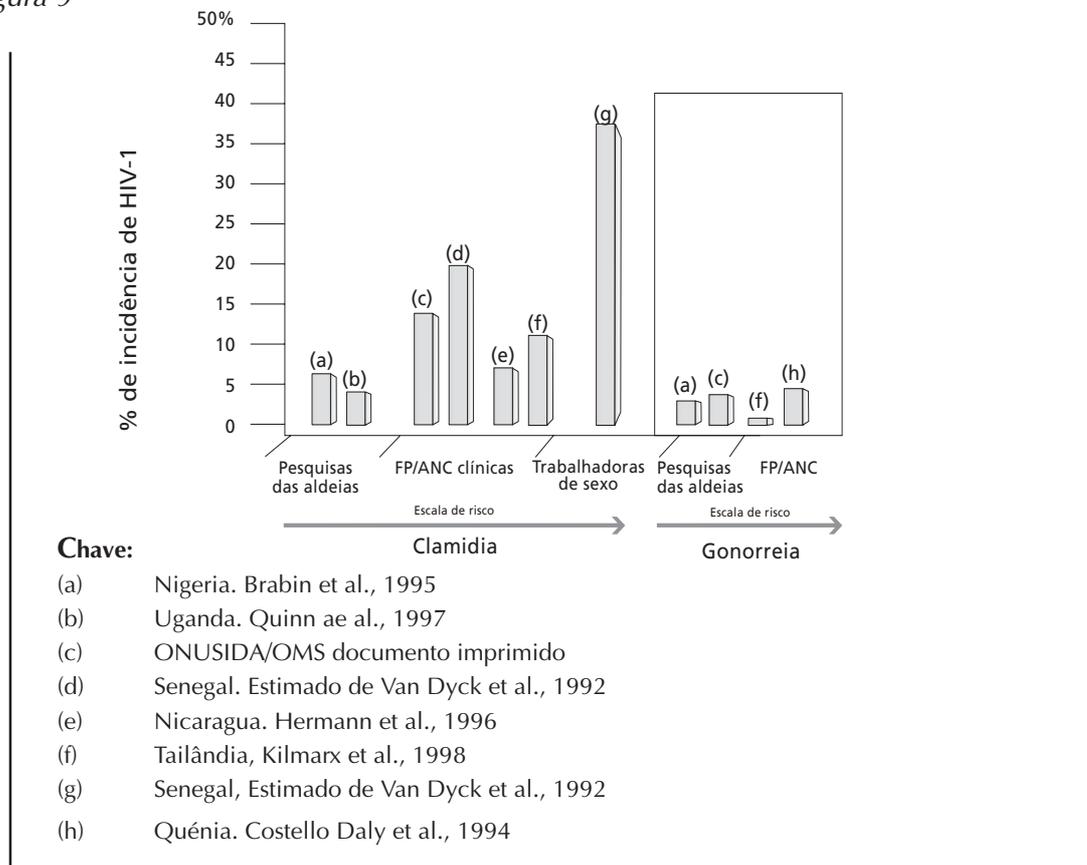
Figura 8



Muito poucos dados sobre as idades e actividades sexuais específicas estão disponíveis para outras DTs. Um resumo da prevalência de dados para clamidia e gonorreia nas jovens adolescentes sexualmente activas aparece na figura 9. O que é surpreendente é o número limitado de estudos identificados que falam de clamidia e gonorreia como infecções separadas no grupo de idade de pessoas com menos de 20 anos.

Prevalência de clamidia e gonorreia em mulheres sexualmente activas < 20 anos

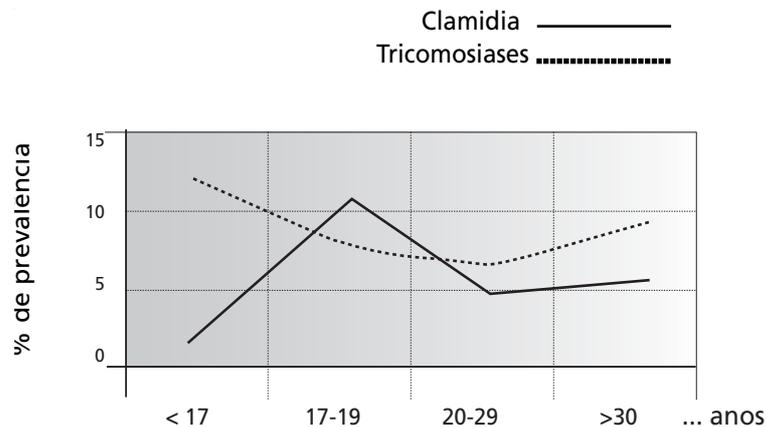
Figura 9



A prevalência de dados na figura 9 indica o que provavelmente será um modelo de clamídia e infecção gonococcal nos adolescentes em muitos países. A prevalência é mais alta em subpopulações que estão em relações sexuais regulares, por exemplo, as mulheres grávidas ou as pessoas que não utilizam contraceptivos como barreiras ou em trabalhadoras sexuais, assim como a população geral de adolescentes.

Prevalência de ITSs nas mulheres rurais da Nigéria por idade

Figura 10



Um estudo baseado na população rural na Nigéria continua a ser um dos únicos estudos da África Subsaariana que contém um relatório sobre as DTS segundo as idades. As infecções mais comuns que foram encontradas são a clamídia e a tricomoniasis. A clamídia foi muitas vezes detectada nos adolescentes sexualmente activos com idades de 17-19 anos, e em linha com muitos estudos dos países desenvolvidos, a prevalência reduziu com o aumento da idade. A clamídia pode, sem dúvida, ser caracterizada como uma infecção dos adolescentes. A prevalência de tricomoniasis nas adolescentes sexualmente activas era comparável à prevalência nas mulheres mais velhas. A sua aparição nas adolescentes que recentemente tornaram-se sexualmente activas sugere que esta infecção pode ser um bom indicador do recente começo da actividade sexual (tabela 10).

Prevenir a infecção do HIV nos adolescentes

As estratégias para prevenir a infecção do HIV nos adolescentes deve ser direccionada à:

- Reforçar o diagnóstico e a gestão das DTS entre homens e mulheres nos grupos da idade mais velha e entre adolescentes;
- Melhorar a qualidade e expandir a cobertura de acções destinadas a prevenir a transmissão do DTS/HIV nos adolescentes (de adultos para adolescentes e entre adolescentes).

O que deve ser feito

Acções devem ser empreendidas em várias zonas para melhorar a eficácia das actividades de prevenção do DTS/HIV junto aos jovens:

- São necessários mais e melhores programas sustentáveis de comunicação.
- Os programas de comunicação devem estar ligados ao fornecimento de preservativos.
- Os programas de prevenção do DTS/HIV devem ter um objectivo comum e, onde

apropriado, devem incluir outros programas relevantes de prevenção (por exemplo aqueles envolvidos nos programas de prevenção da gravidez nos adolescentes).

- Os programas da prevenção do DTS/HIV devem lidar com os factores sociais, culturais e económicos que aumentam a transmissão das DTS.
- Os centros de saúde devem tornar-se mais amistosos para com os jovens.
- Os funcionários de saúde precisam de direcção e apoio para resolver as necessidades dos seus doentes mais jovens com maior eficácia e maior sensibilidade.

Desafios para diagnóstico das DTS nos adolescentes

- As DTS podem ser assintomáticas nas mulheres.
- Os adolescentes podem não estar a par das diferenças entre condições normais e anormais (tais como a secreção genital) e assim não procuram aconselhamento e cuidados.
- Os adolescentes muitas vezes não têm informação sobre os serviços existentes (por exemplo como ter acesso, a que horas operam os serviços, quanto custam e se guardam ou não sigilo).
- Mesmo se os adolescentes conhecem os serviços, eles são muitas vezes relutantes em procurar diagnóstico e tratamento. Isto é devido a embaraços e o possível estigma associado à doença; têm medo de serem vistos a utilizar serviços das DTS. Eles também têm medo de reacções negativas dos funcionários de saúde e falta de sigilo.
- Como os adolescentes muitas vezes demoram a procurar serviços e os sintomas de algumas DTS desaparecem com o tempo, eles acabam acreditando que a doença desapareceu por completo.
- As DTS sem sintomas e com pequenos sintomas podem não ser descobertas se os funcionários de saúde não tiverem a perícia adequada para desenvolver exames clínicos ou para obter as informações necessárias dos adolescentes, que muitas vezes não se apercebem dos problemas que os seus corpos enfrentam.

Os constrangimentos no tratamento eficaz de DTSs nos adolescentes:

- Muitas vezes há relutância por parte dos adolescentes em utilizar serviços (como os mencionados acima).
- Os adolescentes têm a tendência de não utilizarem os serviços ou medicamentos por causa de informação inadequada, acesso ou dinheiro.
- Os adolescentes muitas vezes têm dificuldades em acabar com o tratamento talvez porque é de longa duração (como no caso de clamídia) ou doloroso (como no caso de verrugas venéreas) e algumas vezes há necessidade de esconder o medicamento para que a DTS não seja revelada aos outros.

Diferentes necessidades

É essencial lembrar-se que os jovens são um grupo muito heterogéneo com diferentes necessidades para a informação sobre a saúde e serviços, dependendo da sua fase de desenvolvimento e as suas circunstâncias. Cada um dos seguintes grupos de jovens tem necessidades diferentes:

- jovens que não são sexualmente activos;
- jovens que somente ocasionalmente são sexualmente activos;

- jovens que são sexualmente activos de uma maneira regular;
- jovens que têm problemas que resultam de actividade sexual (tais como DTS ou gravidez indesejada);
- jovens que foram sexualmente abusados;

O desafio é estabelecer um serviço que responda a estas diferentes necessidades.

Diferentes estratégias

Não há “nenhuma melhor” abordagem para atingir os jovens com a informação sobre os serviços de saúde que eles necessitam. Uma abordagem, tal como um centro de jovens ‘do tipo aparece’, que sirva um propósito útil num ambiente talvez não seja bem sucedida noutro ambiente por uma variedade de razões. Mesmo dentro do mesmo ambiente, duas ou mais abordagens podem ser necessárias para atingir os diferentes segmentos do grupo da população (por exemplo, adolescentes mais novos e mais velhos, rapazes e raparigas) e subgrupos dentro da população (tais como jovens da rua).

4.2 Sumário de estratégias actuais para o controlo de DTS

A estratégia actual para a prevenção da transmissão sexual do HIV tem dois componentes:

1. Promoção de adopção de práticas sexuais sem risco;
2. Redução de incidência de DTSs curáveis.

Cinco elementos foram identificados para implementar a prevenção de DTS e cuidados. Estes são:

- avaliação;
- advocacia;
- fortalecer as actividades de DTS;
- integração de prevenção de DTS e cuidados;
- Avaliação de intervenções.

Avaliação

A avaliação da situação epidemiológica e incorporação de elementos básicos para a prevenção e cuidados podem levar a uma análise de lacunas existentes que por seu turno forma a base para o planeamento e implementação de programas de prevenção de DTS/HIV. A avaliação responderá as seguintes perguntas:

1. Que populações estão afectadas?
2. Quais são os principais síndromas?
3. Onde é que os cuidados estão a ser providenciados?
4. Quais são as actuais actividades de prevenção e cuidados?

Quando uma avaliação está completa, começa a organização de respostas, tomando em consideração a implementação horizontal e o envolvimento de parceiros múltiplos.

Advocacia

A advocacia para a inclusão de DTS na agenda dos cuidados de saúde deve envolver alvos como os políticos, legisladores, doadores e as comunidades.

Fortalecer as actividades de DTS

As seguintes são as áreas para fortalecer as actividades de DTS: gestão de programas, normas técnicas, acesso à medicamentos para DTS, laboratórios, disponibilidade de preservativos, formação, plano e vigilância.

Integração da prevenção de DTS e cuidados

A prevenção básica inclui os seguintes componentes: promoção de DTS/HIV/SIDA integrada, promoção de comportamento de procura de cuidados sanitários, cuidados pré-natal e a provisão de preservativos Cuidados (para DTSs) englobam a adaptação de gráficos de operação para gestão, gestão sindrómica de doentes sintomáticos, cuidados nos sectores público, privado e informal, tendo como alvos as populações vulneráveis, testes para os doentes assintomáticos e a provisão de serviços para parceiros sexuais.

Avaliação das intervenções

A avaliação envolve a elaboração de indicadores, monitoria e avaliação das intervenções.

Necessidades programáticas para implementação

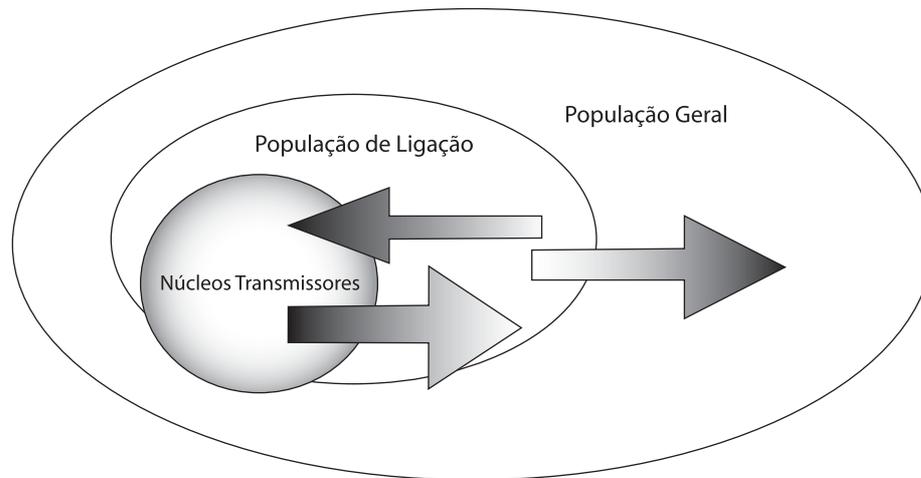
- **Decisões sobre políticas:** refere-se à políticas implementadas principalmente ao nível nacional. Em muitos ambientes não há políticas e onde existem, muitas vezes não são aderidas.
- **Normas:** para guiar as práticas, as normas devem ser tecnicamente sãs e devem ser revistas frequentemente e revisões devem ser feitas quando for necessário;
- **Recursos:** A maior parte dos programas bem sucedidos nos países industrializados funcionam com recursos massivos;
- **Formação:** Os provedores de cuidados sanitários devem receber formação básica e participar em cursos de reciclagem;
- **Supervisão:** Os provedores de serviços sanitários devem ser supervisionados, especialmente em estabelecimentos onde não atendem a muitos doentes;
- **Fornecimento de medicamentos consistentes:** muitas vezes esta questão é descurada; os medicamentos devem estar disponíveis a todo o momento;
- **Aconselhamento/educação baseada nos estabelecimentos:** este é um componente essencial e deve incluir a notificação de parceiros, cumprir com o tratamento, utilização de preservativos e a redução de riscos.
- **Implementação de estratégias:** muitas vezes tem-se dado atenção insuficiente às actividades de apoio que poderiam assegurar um êxito na implementação de estratégias.

4.3 Abordagens de saúde pública para a prevenção de DTS e cuidados: Desafios, questões e oportunidades

Dinâmica de transmissão de DTS

A figura 11 demonstra a dinâmica da transmissão de DTSs na população em geral. Mostra os que provavelmente podem transmitir a infecção mais frequentemente no centro (núcleo de transmissores) e uma ligação entre os núcleos transmissores e a população em geral.

Figura 11



Questões na gestão de casos

As questões na gestão de casos incluem:

- um grande número de infecções assintomáticas, especialmente nas mulheres;
- estigmatização e tabús;
- comportamento inadequado de procura de cuidados sanitários;
- falta de diagnósticos simples, rápidos e baratos para testes de DTS;
- potencial para culpar e violência;
- falta de medicamentos eficazes;
- aconselhamento e comunicação;

Elementos para o controlo de DTS

Para um controlo bem sucedido e sustentável de DTS, deve-se considerar as seguintes áreas:

1. Prevenção primária

Deve incluir:

- redução no número de parceiros;
- relações sexuais sem riscos (incluindo a utilização de barreiras).

Na prevenção primária, há necessidade de centrar-se nos jovens, adolescentes e mulheres. A criação da sensibilização da comunidade e a desestigmatização são os ingredientes-chave na prevenção primária. É também necessário centrar-se na mudança de comportamento nos transmissores de alta frequência (núcleo de transmissores), assim como em relações sexuais sem risco e os serviços para as populações de ligação são também importantes.

2. Gestão de casos

O diagnóstico e tratamento de infecções sintomáticas e assintomáticas é a chave para a gestão de casos. Isso deve incluir as pessoas que provavelmente perpetuarão a continuação da transmissão (núcleo de transmissores e ligações de populações) e as pessoas com o mais alto peso de complicações (mulheres, a maior parte das quais assintomáticas), assim como serviços adequados para a população geral.

3. Informação, educação e comunicação

IEC deve ser aumentada. Cumprimento do tratamento, assim como notificação do parceiro, aconselhamento de DTS e redução de riscos devem ser incluídos.

Opções de gestão de casos

Infecções sintomáticas

Para gerir as infecções sintomáticas, a abordagem sindrómica e diagnóstico etiológico e o tratamento deve ser considerados.

Infecções assintomáticas

Tornou-se evidente nos anos recentes que as infecções assintomáticas são mais prevalentes do que se pensava. Estratégias para lidar com DTSs assintomáticas incluem algumas formas de testes ou procura de casos e o aumento de serviços de gestão de parceiros. Descobertas das pesquisas actuais sugerem que o tratamento em massa na população geral tem um acesso limitado e não é a opção recomendada. Contudo, o tratamento selectivo em massa¹ em grupos específicos de populações (tratamento preventivo periódico), juntamente com os serviços de qualidade de DTS para o público em geral deve ser uma opção. É necessária mais pesquisa nesta área.

Opções de saúde pública

As opções de saúde pública devem considerar ambos os núcleos transmissores de homens e mulheres na população geral.

1. **Núcleos transmissores** (trabalhadoras de sexo e os seus clientes, etc.)
 - mudança de comportamento, desenvolvimento da comunidade;
 - tratamento preventivo periódico(em massa);
 - testes (geralmente não é praticável);
 - gestão de casos de abordagem sindrómica (em combinação com a avaliação de risco);
 - necessidades da prestação dos serviços (clínicas especiais, horários, etc).
2. **Núcleos transmissores** (a população de ligação – clientes de trabalhadoras de sexo, motoristas de longa distância, etc.)
 - mudança de comportamento, incluindo comportamento de procura de cuidados de saúde;
 - Abordagem sindrómica na gestão de casos;

¹ O tratamento selectivo em massa é a aplicação do tratamento epidemiológico, sem um exame ou entrevista, em relação as sub-populações de maior risco tais com o as trabalhadoras de sexo, trabalhador migrantes, ou os militares. O objectivo é a cobertura de todos os individuos susceptíveis na sub-população.

- provisão de serviços integrados (sectores público e privado);
 - opções de provisão de serviços alternativos (farmácias, lojas de medicamentos, etc).
- 3. Mulheres** (população geral);
- encorajar a sensibilização sobre os riscos e promover o comportamento de procura de cuidados sanitários;
 - abordagem sindrómica para vaginitis sintomáticos, doença de úlcera genital e doença inflamatória pélvica (PID);
 - prestação de serviços integrados (saúde da mãe e criança/planeamento familiar (FP), PHC);
 - avaliação de risco/auto avaliação;
 - testes selectivos de laboratório
 - tratamento preventivo;

Decisões de políticas

É importante decidir sobre a política adequada e planear de uma maneira apropriada. As decisões sobre políticas devem ser baseadas na prevalência e incidência de DTS, a dinâmica de transmissão e a disponibilidade de recursos (financeiro, humano, infraestrutura).

4.4 Infecções dos órgãos reprodutivos (RTIs) nas mulheres

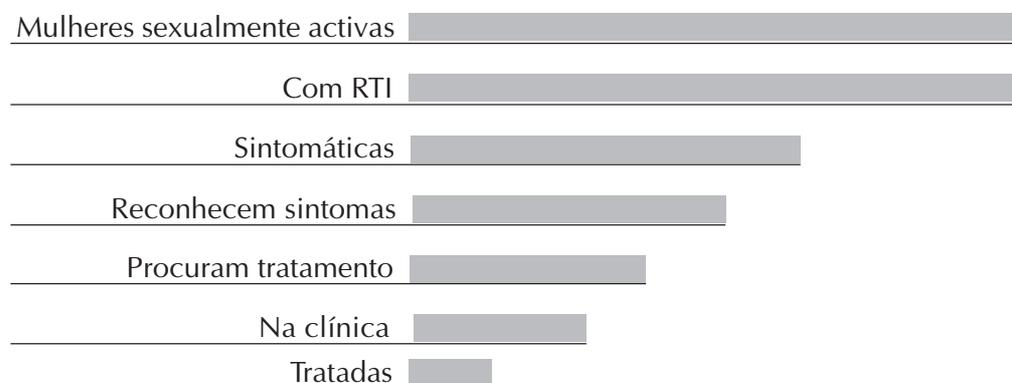
As RTIs englobam três grupos principais, particularmente nas mulheres, e às vezes nos homens. Estes são:

- *Infecções endógenas* do órgão genital feminino, tal como candidíasis e vaginosis bacterial;
- *DTSs* tanto nos homens como nas mulheres;
- *Infecções latrogéneas* que podem ser adquiridas através de procedimentos médicos sem esterilização ou higiene pessoal e práticas culturais.

O reconhecimento dos sintomas, a procura de tratamento, referência de parceiros e diagnóstico (análise de risco) são necessários para melhorar a proporção de cura nas mulheres com RTI (Fig. 12)

Modelo operacional para RTIs nas mulheres

Figura 12



5. Recomendações

5.1 Introdução

A detecção e tratamento de DTS devem ser componentes essenciais dos programas de prevenção do HIV. Para se ter máximo impacto na incidência do HIV, é necessário a combinação da prevenção primária e a gestão eficaz de DTSs. É também necessário:

1. Melhorar o acesso à qualidade dos serviços de DTS;
2. Promover um comportamento de procura de cuidados sanitários atempado e eficaz;
3. Estabelecer sistemas de vigilância para monitorar as tendências de DTS e HIV, assim como a sua interacção, incluindo a implementação de:
 - sistemas de vigilância integrado/vertical
 - estudos de prevalência;
 - relatórios sobre a incidência;
 - monitoria da etiologia;
 - monitoria da resistência;

Para melhorar os serviços de DTS, qualquer programa de provisão de serviços deve ter em consideração os provedores dos sectores público e privado e procurar envolver ambos os sectores o máximo possível. Deve-se dar especial atenção na formação básica, cursos de reciclagem e a supervisão dos serviços dos provedores, para assegurar a provisão eficaz e sem interrupção de medicamentos e para lidar com as atitudes dos trabalhadores de instituições sanitárias para com os portadores de DTS.

5.2 Decisões baseadas na evidência para programas

Para facilitar e uniformizar a tomada de decisões baseadas na evidência a partir da pesquisa de campo, sugere-se que seja utilizado um sistema de quantidade proporcional. Tal sistema (baseado nas directrizes para a prevenção de doenças infecciosas do sistema prescrito nos Serviços Preventivos da Força de Trabalho dos Estados Unidos) categoriza e pesa a qualidade de evidência apoiando a recomendação na escala de I-III e define o peso de cada recomendação de A-E conforme descrito abaixo.

Sistema de proporção para a qualidade de evidência apoiando a recomendação para implementação

(baseado nas directrizes para a prevenção de doenças infecciosas do sistema prescrito nos Serviços Preventivos da Força de Trabalho dos Estados Unidos (USPHS/IDSA))

A qualidade da evidência apoiando a recomendação:

<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>
I	Evidência de pelo menos uma experiência aleatória adequada.
II	Evidência de pelo menos uma experiência clínica bem planeada sem ser ao acaso, de uma amostra ou de estudos de controlo de casos (preferivelmente de mais de um centro), dos estudos de séries múltiplas ou dos resultados dramáticos de experimentações não controladas.
III	Evidência a partir de opiniões de autoridades respeitáveis, baseadas na experiência clínica, resultados descritivos ou relatórios de comités de peritos.

O peso de cada recomendação:

<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>
A	Ambas evidências fortes para eficácia e substanciais benefícios clínicos apoiando a recomendação para a utilização; deve sempre ser providenciada.
B	Evidência moderada para a eficácia – ou evidência forte para a eficácia, mas limitada ao benefício clínico – apoia a recomendação para a sua utilização; deve ser providenciada em geral.
C	A evidência para eficácia é insuficiente para apoiar uma recomendação a favor ou contra o uso, caso contrário a evidência para eficácia pode não superar as consequências adversas tais como custo do método; opcional;
D	Evidência moderada pela falta de eficácia ou pelos resultados adversos apoia uma recomendação contra o uso; geralmente não deve ser oferecido;
E	Boa evidência pela falta de eficácia ou por resultados adversos apoia uma recomendação contra o uso; nunca deve ser oferecida.

Assim, por exemplo, os resultados de um trabalho com a «categoria IA» devem ser considerados como uma evidência de alta qualidade científica. Eles seriam fortemente recomendados para implementação em qualquer programa e devem ser sempre oferecidos.

5.3 Recomendações e as suas avaliações para os programas

- ***O controle das DTSs, incluindo a prevenção das DTSs e a gestão efectiva dos casos, constitui uma componente essencial da prevenção do HIV e programas de controle.***

Qualidade/força: I/A

A evidência que sustenta esta recomendação inclui os resultados de uma comunidade escolhida ao acaso (Mwanza) que concluiu que em comunidades que recebem uma gestão sindromica fortalecida de casos sintomáticos de DTSs, a incidência de HIV declina em cerca de 38% comparado com comunidades que recebem gestão de DTS usual. Para essa experiência, os elementos chave do controle incluíram gestão de casos sindrómicos baseados na avaliação etiológica de prevalência de DTSs, formação de pessoas para tomarem cuidados no uso apropriado de algoritmos sindromáticos; supervisão contínua; um fornecimento

efectivo de medicamentos; e uma educação alargada da comunidade acerca do reconhecimento dos sintomas e disponibilidade de cuidados de saúde.

Os resultados de vários estudos de amostras denotam associações entre a aquisição do HIV e anterior infecção por uma infecção específica de DTS, em particular infecções ulcerativas, mas também não-ulcerativas, proporcionam evidências adicionais que apoiam o controle das DTSs para a prevenção do HIV. Para além disso, vários estudos biológicos sobre indivíduos infectados pelo HIV relataram aumento de corrimentos genitais na presença de DTSs ulcerativas e não-ulcerativas.

Com base nestas evidências, a gestão dos casos de DTS deveria incluir, no mínimo, a gestão sindrómica de doenças de ulcera genital tanto nos homens como nas mulheres, descargas na uretra nos homens e vaginitis em caso de corrimento vaginal nas mulheres. As abordagens para os casos de gestão sindrómica devem tomar em conta as etiologias locais destes síndromas e a natureza dinâmica da prevalência de DTSs nas comunidades. De preferência, isto incluiria avaliação rotineira periódica das etiologias de DTSs prevalentes através do uso de testes diagnósticos. Decisões de incluir tratamento de cervicitis na gestão de corrimentos vaginais poderiam ser baseadas na prevalência local de infecções de *N. Gonorreia* e *C. Trachomatis*. Os estudos avaliando a eficácia dos algoritmos sindrómicos nas várias localidades sugerem que as abordagens validadas localmente para a avaliação dos riscos, identificação própria dos riscos, ou uso de sintomas ou sinais adicionais (ex.: recolha de secreções vaginais para avaliar a purulência) podem ser úteis na identificação de mulheres com cervicitis. A comunidade internacional, em conjunto com países com dados relevantes, devem desenvolver directrizes e ferramentas de tomadas de decisão para as estratégias específicas de cada país para a gestão da cervicitis nas mulheres com corrimentos vaginais.

As estratégias primárias de prevenção, centrando-se na redução dos riscos individuais e populacionais, consistem nas intervenções visando reduzir o número de parceiros sexuais e na promoção de práticas sexuais seguras, incluindo o uso de barreiras tais como preservativo masculino e feminino. Estas estratégias são similares às que foram desenvolvidas e implementadas para a prevenção primária de infecção de HIV sexualmente transmissível e assim devem ser implementadas como programas integrados de prevenção de DTS/HIV.

- ***Estratégias efectivas de prevenção de HIV e DTSs incluem a promoção de preservativos masculinos de latex, demonstrações sobre o uso correcto do preservativo, e grupos interactivos de aconselhamento individual ou de pequenos grupos com o objectivo de reduzir comportamentos de alto risco associados ao HIV e outras DTSs.***

Qualidade/força: II/A

Estudos de prospecção de casais discordantes em termos de HIV mostraram consistentemente um forte efeito de protecção do preservativo masculino, quando usado consistentemente, contra o HIV. A eficácia do preservativo contra outras DTSs é muito pouco estudada. Contudo, alguns estudos prospectivos chegaram a conclusão de que o uso do preservativo é mais consistente quando se trata de doenças tais como gonorrhoea, chlamydia, e úlceras genitais. Outras barreiras mecânicas (ex.: preservativo feminino, diafragma) e químicas (ex.: microbicidas) têm sido muito pouco estudadas. Pelo menos dois estudos prospectivos bem efectuados do microbicida nonoxynol – 9 (N-9) concluíram que este agente é protector contra a gonorreia e clamidia.

Vários estudos, incluindo algumas experiências aleatórias, sustentam a ideia de que a promoção do preservativo no seio da população pode aumentar o uso do preservativo.

Estudos de observação a partir de nações industrializadas e não industrializadas chegaram a conclusão de que campanhas de promoção de preservativo bem realizadas em ambientes da população em geral estavam associados ao aumento do uso do preservativo, em alguns casos onde tal pode ser estimado, redução na incidência de HIV. Os resultados de três experiências de controle escolhidas ao acaso realizadas entre pacientes de DTS recebendo tratamento em clínicas públicas nos EUA chegaram a conclusão de que os homens que observavam demonstrações pessoais ou de vídeo ilustrando o uso correcto do preservativo tinham menos contágios de DTSs do que aqueles a quem simplesmente eram oferecidos preservativos. Para além disso, duas grandes experiências de um multi-centro escolhido ao acaso, e uma pequena experiência num único local, conduzidas entre pacientes com HIV-negativo que se dirigiram às clínicas públicas de tratamento de DTSs nos EUA mostraram resultados promissores em relação à eficácia do aconselhamento para a redução do risco. Nestas experiências, as pessoas não infectadas pelo HIV foram nomeadas para intervenções de aconselhamento personalizadas com o objectivo de reduzir o risco (aconselhamento individual para uma experiência e sessões para pequenos grupos para duas das experiências) tiveram um significativo uso de preservativos e, nos dois estudos que fizeram esta medição prospectivamente, significativamente poucos casos novos de DTSs em comparação com os clientes que receberam informação sozinhos. Num destes estudos, uma pequena sessão dupla individual de aconselhamento teve uma grande aceitação em termos de participação e foi tão efectiva em termos de redução de novas DTSs como a intervenção que compreende quatro sessões. Uma experiência escolhida ao acaso avaliando uma estratégia de aconselhamento e prevenção breve também foi aplicada no Quénia, República Unida da Tanzania, e Trinidad. Os relatórios de resultados preliminares indicam que a metodologia de aconselhamento foi aceitável e alcançável em locais com poucos meios, e que as pessoas que participaram nas duplas sessões de aconselhamento interactiva apresentaram menos comportamentos de risco. Apesar de os resultados de DTS e HIV terem sido recolhidos como parte desta experiência, os resultados ainda não foram reportados.

- ***Recomenda-se avaliação pré-natal das mulheres para sífilis e, onde for possível, cervicitis.***

Qualidade/força: I/A

Apesar de o seu papel na prevenção do HIV permanecer incerto, a avaliação pré-natal para sífilis e, onde for possível, cervicitis, mostrou ser um factor que pode ajudar no decréscimo de incidências de complicações de gravidez tais como nados mortos, nascimento de crianças com baixo peso, e ruptura prematura das membranas. Uma avaliação pré-natal efectiva assume um tratamento assintomático das mulheres e tratamento preventivo dos seus parceiros. De um modo geral, as consultas informais recomendam que seja implementada uma avaliação pré-natal para sífilis e tratamento sero-reactivo às mulheres e seus parceiros.

- ***Não é recomendado o tratamento das DTSs em massa como estratégia para a prevenção do HIV de um modo geral em ambientes populacionais.***

Qualidade/força: I/A

Os resultados de uma experiência de escolha ao acaso bem conduzida em Rakai, Uganda, indicam que o tratamento intermitente como meio de controle das DTS provavelmente não é eficiente na redução da incidência de HIV em ambientes populacionais. Embora haja falta de uma forte evidência apoiando o tratamento para DTSs entre subgrupos seleccionados a um alto risco, o papel da tal terapia selectiva, como um complemento para a continuidade dos serviços de DTS, precisa de ser mais explorado.

- ***A gestão do caso deve incluir a identificação e tratamento de infecções sintomáticas e assintomáticas, em combinação com infra-estruturas de aconselhamento e educação virada para a prevenção, submissão ao tratamento, notificação do parceiro e promoção de preservativos.***

As abordagens visando a identificação e gestão de pessoas infectadas são sindrômicas ou gestão etiológica de sintomas dos pacientes, avaliação, localização de casos para detectar pessoas sintomáticas e assintomáticas.

- ***Tanto as estratégias primárias de prevenção como gestão de casos podem ser abordadas na população em geral e/ou em subgrupos específicos baseados em zonas de prevalência estimada de DTSs e comportamentos de risco nestes grupos.***

Para direccionar as decisões relacionadas com a combinação apropriada de estratégias de intervenção, todos os programas de prevenção do HIV e cuidados devem avaliar a prevalência das DTSs e dos comportamentos nas populações sentinela. Exemplos de tais populações são os pacientes às consultas pré-natal e planeamento familiar nas zonas urbanas e rurais, adolescentes e trabalhadores de sexo, entre outros. Para determinar o espectro etiológico das DTSs, os pacientes que procuram cuidados para DTSs constituem uma amostra conveniente. Uma compreensão da dinâmica da transmissão das DTSs numa determinada população e a importância das pessoas com elevadas taxas de mudanças de parceiros é essencial para decisões racionais em relação à alocação de recursos escassos.

Vários modelos e estudos de intervenção já confirmaram a importância de indivíduos com altas taxas de mudança de parceiros e altas taxas de DTS na manutenção das epidemias de DTS e HIV. Tipicamente, as infecções espalham-se a partir destas pessoas para as que tem um número reduzido de parceiros que, apesar de serem vulneráveis às infecções, por si só possuem uma capacidade reduzida de propagação da infecção. A partir da perspectiva de controle da DTS na comunidade, as intervenções visando os potenciais transmissores tem a probabilidade de serem mais efectivas do ponto de vista dos seus custos do que as intervenções direccionadas para o grupo populacional com poucas alterações de parceiros. Mesmo assim, do ponto de vista da gestão de cada caso individual e para garantir credibilidade dos sistemas de serviços, ao nível mínimo, os serviços para tratar infecções sintomáticas tanto nos homens como nas mulheres devem ser colocados à disposição. Os serviços que abordam infecções sintomáticas em mulheres ainda não estão devidamente disponíveis em muitos países. Para além disso, pouca atenção foi dada ao melhoramento da qualidade dos serviços para os homens, que, apesar de estarem sempre disponíveis, geralmente são de fraca qualidade.

- **Controlo de DTS para a prevenção do HIV em grupos específicos**

1. Evidência biológica e epidemiológica

Há suficiente evidência de que intervenções cujo alvo são grupos específicos da população podem ter um impacto significativo. Para guiar as decisões na planificação e na implementação das intervenções, são necessárias avaliações para determinar a prevalência dos vários síndromas de DTS e comportamentos de risco.

2. Grupos núcleos ou os transmissores de alta frequência

Vários estudos de modelos e intervenções demonstraram que indivíduos com muitos parceiros e alto nível de risco de infecção de DTS são importantes na propagação de DTSs e HIV à indivíduos que estão sob um baixo risco. Intervenções que têm como alvo este grupo provavelmente terão um maior impacto e podem ser a baixo custo.

3. Dar prioridade à opções para intervenções de DTS

As intervenções de DTS devem incluir a adaptação da situação epidemiológica e dos serviços de saúde na comunidade, a participação das comunidade e advocacia para assegurar que a comunidade compreenda a natureza das intervenções. Os vários grupos que podiam servir como alvos na comunidade incluíam trabalhadoras comerciais de sexo, homens que mantêm relações sexuais com outros homens, pessoas que se drogam através de injeções, trabalhadores migrantes, trabalhadores dos transportes e portadores de DTS. A gestão sindrômica de DTS deve ser o *modelo de cuidados no mínimo*. As estratégias deviam incluir: um aumento da consciencialização sobre os serviços de DTS com outros serviços com vista a aumentar a aceitabilidade e acessibilidade.

6. Necessidades de Pesquisa

A necessidade de mais pesquisa nos vários aspectos do diagnóstico de DTS, tratamento, prevenção e cuidados foram sublinhados durante a consulta. A Consulta informal recomendou que fossem realizadas mais pesquisas nas seguintes áreas: biologia de DTSs e a sua interacção com o HIV, gestão de casos, testes e procura de casos, e a implementação de programas de prevenção de DTS e de cuidados.

6.1 Pesquisa biológica e sociocultural

Há necessidade de avaliar o efeito protectorivo de nonoxynol-9 (N-9) ou outras barreiras químicas contra a infecção do HIV.

O papel de DTSs assintomáticas na transmissão de HIV também não está claro, assim como o papel de outros RTIs, como por exemplo a vaginosis bacterial. Assim, é necessário mais pesquisas sobre o papel e a história natural do vírus de herpes simplex (HSV), vaginosis bacterial, sífilis serológica e a candidíasis genital em pessoas portadoras e não portadoras de HIV. O corrimento genital de HIV nas pessoas sintomáticas e assintomáticas ainda não foi bem documentado e merece mais pesquisa.

Fizeram-se também observações quanto ao efeito da circuncisão dos homens na transmissão do HIV. A quantificação de um benefício potencial que podia ser esperado da circuncisão dos homens como protecção contra a transmissão do HIV é altamente problemática. Estudos feitos sobre esta questão indicaram quatro explicações potenciais sobre as razões pelas quais os homens circuncidados têm menos probabilidade de adquirir DTS/HIV, incluindo:

1. A glândula exposta do pénis pode desenvolver uma camada protectora de queratina;
2. O prepúcio pode ser especialmente susceptível à balanitis menores e trauma durante as relações sexuais, permitindo o movimento do HIV através da relação sexual dermatológica;
3. O microclima morno sob o prepúcio talvez permita a sobrevivência do micro-organismo, aumentando a exposição para potenciais infecções;
4. A falta de circuncisão talvez torne mais fácil a co-infecção com outras DTSs que facilitam a transmissão heterossexual do HIV-1.

Contudo, um outro estudo publicado em 1999 (*International Journal of STD and AIDS*) concluiu que seria incorrecto afirmar que a circuncisão previne a transmissão do HIV. No entanto, a relação entre a circuncisão masculina e a transmissão do DTS/HIV continua incerta e é necessário mais pesquisa nesta área antes que sejam feitas recomendações claras.

Os dados sobre o efeito da **mutilação genital feminina** (FGM) na transmissão de DTS/HIV ainda não foram bem documentados. Um estudo publicado no *International Journal de Ginecologia e Obstetrícia* identificou os seguintes factores de risco para a infecção do HIV relacionada com a FGM:

- Um aumento no risco de inflamação e sangramento durante o coito, levando à uma grande exposição ao sangue que pode aumentar o risco de infecção;
- Cortes podem ocorrer quando se tentar a penetração;
- Grande risco de hemorragia durante o parto o que leva a uma maior possibilidade de receber transfusão de sangue e um maior risco de infecção, visto que o fornecimento do sangue universal ainda não foi alcançado universalmente;
- A utilização de instrumentos não esterilizados durante a FGM;
- Um aumento de relações sexuais anais quando a penetração vaginal for dolorosa e difícil.

É preciso mais pesquisa nesta área.

6.2 Pesquisa de gestão de casos de DTS

Há necessidade de desenvolver novos testes diagnósticos para o corrimento vaginal e úlceras genitais com maior sensibilidade e especificidade. O impacto das normas e material de formação, assim como a formação devem ser avaliados e melhorados. É também preciso determinar como e quando adaptar gráficos de operação a certos contextos.

Os determinantes de comportamento sexual entre os adolescentes e o seu comportamento quanto a procura de cuidados de saúde deve ser analisada de uma maneira adequada e tal informação deve ser utilizada para melhorar os serviços para os jovens. Isso é muito importante, dada a proporção de DTSs ocorrendo nas pessoas com idades inferiores a 25 anos. Além disso, é necessário realizar-se uma pesquisa sobre como treinar os provedores de saúde que tabalham com os adolescentes para assegurar serviços atraentes para os jovens.

6.3 Testes e pesquisa sobre a descoberta de casos

Critérios apropriados de testes precisam de ser identificados. Testes de diagnóstico rápido no campo devem realizar-se para analisar os efeitos dos diferentes testes e a aproximação aos diagnósticos e assim melhorar os serviços disponíveis neste momento.

6.4 Pesquisa sobre a implementação da prevenção de DTS e cuidados

As necessidades de pesquisa na implementação da prevenção de DTS e cuidados são muitas e incluem áreas tais como:

- redução da morbidade de DTS nas mulheres;
- pesquisas dos sistemas de saúde sobre o aumento das intervenções;
- colaboração com o sector privado, farmácias e outras instituições relevantes que providenciem cuidados;
- providenciar os preços de medicamentos, aquisição e provisão;
- experimentações combinadas com estratégias: tratamento único em massa, tratamento preventivo de um período selectivo e tratamento sindrómico;
- impacto das diferentes estratégias em diferentes grupos de populações;
- medir o efeito dos alvos no que concerne ao estigma;
- o papel desempenhado pela comunidade na implementação e na avaliação;
- advocacia para o domínio da comunidade;
- dar prioridade às actividades.

7. Conclusões

Baseando-se na evidência colectiva revista neste relatório, a consulta considera que a gestão de DTS continua a ser um componente essencial dos programas de prevenção do HIV e deve continuar a ser um componente chave para o controlo de programas de SIDA, especialmente nas zonas onde houver um grande número de DTS. Há suficientes dados científicos demonstrando a importância do controlo de DTS e o impacto que isso pode ter na transmissão do HIV. Embora tenha sido sugerido que o impacto muitas vezes depende da epidemiologia das DTS na comunidade e a fase da epidemia do HIV, estudos no Quênia e noutros sítios demonstraram que mesmo nas epidemias em estado avançado, as intervenções podem ter um impacto significativo.

Embora sejam necessárias mais pesquisas em muitas áreas, particularmente para lidar com a questão de DTSs assintomáticas e para investigar os aspectos operacionais das intervenções de DTS, a Consulta apela aos legisladores para não hesitarem em implementar o controlo de DTS sempre que possível. Deve-se dar ênfase às intervenções de pessoas com comportamento sexual de risco de adquirir DTSs e na melhoria de serviços de DTS para a população em geral. Apesar da necessidade de mais pesquisas, o tratamento selectivo de DTS e em massa ainda deve ser uma opção para o controlo de DTS sob certas condições, tendo como alvo as pessoas com comportamento sexual de risco.

Anexo 1

Utilização comum das Diferentes Estratégias de Controlo de DTS

Tratamento em massa de DTS

Esta é a aplicação do tratamento epidemiológico sem exames nem entrevistas à populações em geral baseadas em comunidades de alta prevalência. O objectivo é a cobertura de todos os indivíduos susceptíveis.

Tratamento selectivo em massa

Tratamento selectivo em massa é a aplicação do tratamento epidemiológico sem exames nem entrevistas às sub-populações de alto risco, tais como trabalhadoras de sexo, trabalhadoras migrantes ou soldados. O objectivo é a cobertura de todos os indivíduos susceptíveis dentro da subpopulação.

Tratamento epidemiológico

Tratamento epidemiológico é o tratamento preventivo de indivíduos ou populações com uma alta probabilidade de contrair a doença por causa do comportamento ou evidência clínica ou epidemiológica.

Gestão de casos

A gestão de casos de DTS é o cuidado da pessoa com um síndrome relacionado com DTS ou com um teste positivo de uma ou mais DTS. As componentes de gestão de casos incluem: história; exames; diagnóstico correcto; tratamento atempado e eficaz; conselhos sobre o comportamento sexual; preservativos; notificação ao parceiro; relatório sobre os cuidados; e acompanhamento nas clínicas sempre que for apropriado.

Anexo 2

Lista de Participantes

Dr Hilda Abreu, Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública, 18 de Julio, 1892 4to. Piso, CP 11.200, Montevideo, Uruguay, South America
Tel.: (598 2) 408 82 96, Fax: (598 2) 350 40 18, Email: abreuh@adinet.com.uy

Dr George Micheal Antal, IUSTI Liaison Officer to WHO, 42, route de la Chapelle, 1228 Plan-les-Ouates, Switzerland
Tel.: (41 22) 343 89 32,

Professor Ron Ballard, National Reference Centre for STD, South African Institute for Medical Research, University of Witwatersrand, P.O. Box 1038, Johannesburg 2000, South Africa
Tel.: (27 11) 489 9490, Fax: (27 11) 489 9492, Email: nrcstd@lia.co.za

Dr James Bingham, Llody Clinic, Thomas Guy House, Guys Hospital, St Thomas' Street, London SE1 9RT, United Kingdom
Tel.: (44 207) 955 5000 Ext. 2918, Fax: (44 207) 403 6459

Dr Loretta Brabin, Senior Lecturer, Women's Health Programme, Liverpool School of Tropical Medicine, Pembroke Place, Liverpool L3 5QA, United Kingdom
Tel.: (44 151) 708 9393, Email: tah@liv.ac.uk

Dr Anupong Chitwarakorn, Director, Veneral Disease Division, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, 189 South Sathorn Road, Bangkok 10120, Thailand
Tel.: (66 2) 286 3263 Fax: (66 2) 287 3553, Email: anupongc@health.moph.go.th

Dr David John Coetzee, Senior Specialist, Directorate: HIV/AIDS & STD, Department of Health, Hallmark Building, Room 1703, Proes Street, Private Bag X828, Pretoria 0001, South Africa
Tel.: (27 12) 312 0121, Fax: (27 12) 326 2891, Email: coetzd@hltrsa.gov.pwv.za

Dr Gina Dallabetta, Director, Technical Support Division, Family Health International; HIV/AIDS Department, Suite 700, 2101 Wilson Boulevard, Arlington VA 22201, USA
Tel.: (1 703) 516 9779, Fax: (1 703) 516 9781, Email: Gdallabetta@fhi.org

Dr Workneh Feleke Degaffe, Senior STD/HIV Consultant, P.O. Box 21198, Addis Ababa, Ethiopia
Tel.: (251 1) 53 40 35, (251 1) 51 08 57 (home), Fax: (251 1) 51 73 41

Dr Ron Gray, Population Dynamics, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 11 Elmwood Road, Baltimore, MD 21210, USA
Tel.: (1 4100) 532 8016, Email: rgray@phnet.sph.jhu.edu

Dr Heiner Grosskurth, Senior Lecturer in infectious Disease/Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, United Kingdom
Tel.: (44 207) 927 2210, Fax: (44 207) 436 4230, Email: heiner.grosskurth@lshtm.ac.uk

Dr Richard Hayes, Head, Infectious Disease/Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, United Kingdom
Tel.: (44 207) 927 2243, Fax: (44 207) 436 4230, Email: richard.hayes@lshtm.ac.uk

Dr King Holmes, University of Washington, Centres for AIDS & STD, ZH 15, Suite 215, 1001 Broadway, Seattle, WA 98122, USA
Tel.: (1 206) 720 4239, Fax: (1 206) 720 5003, Email: worthy@u.washington.edu

Dr Smarajit Jana, Project Director, STD/HIV Intervention Programme, 8/2 Bhabani Dutta Lane, Calcutta 700073, India
Tel.: (91 33) 241 62000, (91 33) 241 0975 (res.), Fax: 91 33) 232 2154/241 6383,
Email: sjana@giascl01.vsnl.net.in

Dr Carol Jenkins, Sector Coordinator, Health and Population, CARE, Bangladesh Road 7/A House#60, Dhanmond T209 Dhaka, Bangladesh
Tel.: (808 2) 913 1881, Fax: (880 2) 814183, Email: cjenkins@bdmail.net

Dr Gina ka-Gina, STD Manager, African Medical and Research Foundation (AMREF), P.O. Box 2773, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania
Tel.: (255 51) 116 610 or 153 103, Fax: (255 51) 115 823, Email: amrefgan@africaonline.co.tz

Dr Anatoli Kamali, Medical Research Council (MRC) Research Programme on AIDS in Uganda, P.O. Box 49, Entebbe, Uganda
Tel.: (256 42) 20272/20042, Fax: (256 42) 21137, Email: mrc@starcom.co.ug

Dr Mary Kamb, Medical Epidemiologist, Division of HIV/AIDS Prevention., Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1600 Clifton Rd NE, Atlanta, GA 30333, USA
Tel.: (1 404) 639 2080, Fax: (1 404) 639 2029, Email: mlk5@cdc.gov

Dr Marie Laga, STD/HIV Research & Intervention Unit, Department of Microbiology Institute of Tropical Medicine, Prince Léopold, Nationalestraat 155, 2000 Antwerp, Belgium
Tel.: (32 3) 247 6321, Fax: (32 3) 247 6333, Email: mlaga@itg.be

Dr Elisabeth Madraa, Programme Manager, National AIDS/STD Control Programme Ministry of Health, P.O. Box 8 Entebbe, Uganda
Tel.: (256 42) 20 297, Fax: (256 42) 20 608

Dr Ibra Ndoye, Président, Union Africaine contre les MST, Centre des MST, Institut d'Hygiène BP 3435, Dakar, Senegal
Tel.: (221) 822 22 90, (221) 638 71 76 (mobile), Fax: (221) 822 15 07, Email: ibndoye@telecomplus.sn

Dr Graham Neilsen, Technical Adviser of STD, National AIDS and STD Programme Department of Health, P.O. Box 100024, Moreleta Plaza, Pretoria 0167, South Africa
Tel.: (27 12) 312 0121, Fax: (27 12) 326 2891/328 5473, Email: gneilsen@iafrica.com

Dr Frank Plummer, Professor, Department of Medical Microbiology, University of Manitoba P.O. Box 19676, Nairobi Kenya
Tel.: (254 2) 521 368 or 726 300 or 334 800, Fax: (254 2) 726 626 or 564 633,
Email: plummer@form-net.com

Dr Micheal Saint Louis, Chief, Epidemiology and Surveillance Branch, Division of STD HIV Prevention, CDC, 1031 Oakdale Road, Mail Stop E44, Atlanta, GA 30307, US
Tel.: (1 404) 639 8363, Fax: (1 404) 639 0910, Email: mes2@cdc.gov

Dr Nelson Sewankambo, Faculty of Medicine, Makerere University, P.O. Box 707, Kampala, Uganda
Tel.: (256 41) 53 00 20, Fax: (256 41) 38 28 2, Email: sewankam@infocom.co.ug

Dr David Stanton, HIV/AIDS, U.S. Agency for International Development (USAICG/PHN/HN 3.06-103, 3rd Floor, RRB, Washington, DC 20523-37000, USA
Tel.: (1 202) 712 5681, Fax: (1 202) 216 3046, Email: dstanton@usaid.gov

Dr Roland O. Swai, Programme Manager, National AIDS Control Programme. Lith Road, P.O. Box 11857, Dar-Es-Salaam, United Republic of Tanzania
Tel.: (255 51) 11 85 81, (255 51) 11 85 82, Fax: (255 51) 38 28 2, Email: nacp@raha.cc

Dr Johannes Van Dam, Deputy Director, Horizons Project, Population Council, Su 280, 4301 Connecticut Ave NW, Washington, DC 20008, USA
Tel.: (1 202) 237 9406, Fax: (1 202) 237 8410, Email: jvandam@pcdc.org

Dr Judith N Wasserheit, Director Division of STD-HIV Prevention, CDC, 1600 Clifton Road NE, Mail Stop E02, Atlanta, GA 30333 USA
Tel.: (1 404) 639 8260, Fax: (1 404) 639 2552, Email: jzw6@cpsstd1.em.cdc.gov

Dr Maria J. Wawer, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 624 N Broadway/125 Hampton House, Baltimore, MD 21205-1901, USA
Fax: (1 410) 614 7386, Email: mwawer@jhsphe.edu

OMS (Regionais Assessores)

Dr Mamadou Ball, STD Regional Adviser, The World Health Organization, P.O. Box 1504, Lomé, Togo
Tel.: (228 22) 46 52 or (228 21) 36 60, Fax: (228 22) 54 12 or (228 210 78 32)

Dr Fernando Zacarias, STD/AIDS Programme Coordinator, PAHO/WHO, 525 23rd Street, NW, Washington, DC 20037-2895, USA
Tel.: (1 202) 974 3842 Fax: (1 202) 974 3842, Email: zacariaf@paho.org

OMS (Sede)

Dr Thierry, Director, Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases (ASD), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4613/4657, Fax: (41 22) 791 4834, Email: mertenst@who.ch

Dr Antonio Gerbase, Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases (ASD), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4613/4685, Fax: (41 22) 791 4834, Email: gerbasea@who.ch

Ms Shanthi Noriega-Minichiello, Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases (ASD), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 3437, Fax: (41 22) 791 4834, Email: noriegaminichiello@who.ch

Dr Eric Van Praag, Office of HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases (ASD), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 7914564/4685, Fax: (41 22) 791 4834, Email: vanpraage@who.ch

Dr Susan Holck, Director, Division of Reproductive Health (Technical Support) (RHT), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4663/3385, Fax: (41 22) 791 4189, Email: holcks@who.ch

Dr Kevin O'Reilly, Chief, Reproductive Tract Infections (RIT), Division of Reproductive Health (Technical Support) (RHT), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4507/4219, Fax: (41 22) 791 4189, Email: oreillyk@who.ch

Ms Bidia Deperthes, Reproductive Tract Infections (RIT), Division of Reproductive Health (Technical Support) (RHT), World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4507/4219, Fax: (41 22) 791 4189, Email: deperthesb@who.ch

Dr V. Chandra-Mouli, Adolescent Health and Development (ADH), Division of Family and Reproductive Health (FRH). World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 7914814/3361, Fax: (41 22) 791 4189, Email: chandramouliv@who.ch

Dr Birgit Lunden, Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 3312, Fax: (41 22) 791 4171, Email: lundenb@who.ch

Outros Co-patrocinadores

Dr Faustin Yao, ILO Regional Adviser, UNFPA Country Support Team, P. O. Box 21090 Dakar-ponty, Dakar, Senegal
Tel.: (221) 822 84 14, fax: (221) 822 83 82, Email: gyao@telecomplus.sn

ONUSIDA (Pessoal do País)

Dr Meskerem Grunitzky-Bekele, Intercountry Team Leader, West and Central Africa, UNAIDS, c/o UNDP Resident Coordinator, 02 BP 1747, Abidjan 01, Côte d'Ivoire,
Tel.: (225) 32 16 41, Fax: (225) 32 26 19, Email: grubekem@africaonline.co.ci

ONUSIDA (Sede)

Dr Francis Ndowa, STD and Reproductive Health Adviser, Department of Policy, Strategy and Research, UNAIDS, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 791 4575/4740, Fax: (41 22) 791 4741, Email: ndowaf@unaids.org

Dr Jos Perriens, Team Leader, Care, Department of Policy, Strategy and Research, UNAIDS, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel.: (41 22) 7914456/4808, Fax: (41 22) 791 4741, Email: perriensj@unaids.org

Anexo 3

Artigos Relacionados

Brabin L, Kemp J, Obunge O K, Ikimalo J, Dollymore N, Odu NN et al. Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. *Lancet* 1995; 345: 300-4

Cameron DW, Simonsen JN, D'Costa LJ, et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 1989; 2:403-407.

Costello Daly C, Maggwa N, Mati JK, Solomon M Mbugua S, Tukei PM, Hunter DJ. Risk factors for gonorrhoea, syphilis and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya, *GUM* 1994; 70:155-61

Fontanet AL, Messele T, Dejene A, Equiselassie F, Abebe A, Cutts F et al. Age and sex specific HIV-1 prevalence in the urban community setting of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS* 1998; 315-22

Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial. *Lancet* 1995; 346:530-536

Hermann B, Espinoza F, Rivera Villegas R, Davey Smith G, Ramos A, Egger M. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *GUM* 1996; 72:20-26

Holmberg SD, Stewart JA, Gerber, AR. Prior herpes simplex virus type 2 infections as a risk factor for HIV infection. *JAMA* 1988; 259:1048-50

Kilmarx PH, Back CM, Limpakarnjanarat K, Shaffer N, Yanpaisarn S, Chaisilwattana P et al. Rapid assessment of sexually transmitted diseases in a sentinel population in Thailand: prevalence of chlamydial infection, gonorrhoea and syphilis among pregnant women – 1996. *Sex Trans Inf* 1998; 74:189-93

Kun KE. Female genital mutilation: the potential for increased risk of HIV infection. *Int J Gynaecol Obstet* 1997 Nov; 59(2): 153.5

Laga M, Manoka A, Kivuvu M, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* 1993; 7:95-102

Mulder D, Nunn A, Kamali A, Kengeya-Kayondo J. Decreasing HIV-1 seroprevalence in young adults in a rural Ugandan cohort. *British Medical Journal* 1995; 311: 833-836.

Nicoll A. Routine male neonatal circumcision and risk of infection with HIV-1 and other sexually transmitted diseases. *Arch Dis Child* 1997 Sep; 77(3):195-5

Quinn TC, McNairn D, Wabwire-Mangen F, Paxton L, Sewankambo N, Kiwanuka N. et al. The utility of urine-based screening for asymptomatic *Chlamydia trachomatis* (Ct) and *Neisseria Gonorrhoea* (Ng) infection by ligase chain reaction in Uganda. Abstract 324, International Congress of Sexually Transmitted Diseases, Seville, Spain. 19-22 Oct, 1997.

Stamm WE, Handsfield HH, Rompalo AM, et al. The association between genital ulcer disease and acquisition of HIV infection in homosexual men. *JAMA* 1988; 260:1429-1433

Documento da ONUSIDA/OMS: Review of literature and other research to determine the validation of the syndromic approach in the management of sexually transmitted diseases in women and adolescents; impresso.

Van Howe RS. Circumcision and HIV infection: review of the literature and meta-analysis. *Int J STD AIDS* 1999 Jan; 10(1): 8-16.

Van Dyck E, Samb N, Dieng Sarr A et al. Accuracy of two enzyme immunoassays and cell culture in the detection of *Chlamydia trachomatis* in low and high risk populations in Senegal. *Eur J Clin Microbiol Inf Dis* 1992; 11-527-34.

Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, et al. A randomized, community - based trial of intense sexually transmitted disease control for AIDS prevention, Rakai, Uganda. *AIDS* 1998; 12: 1211-25.

Notas

Notas

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) é o principal embaixador da acção global contra o HIV/SIDA. Ele reúne numa só as actividades de Dez agências das Nações Unidas em luta contra a epidemia: O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Mundial de Alimentação (PMA), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Gabinete das Nações Unidas para o Crime e Drogas (UNDOC), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

O ONUSIDA, como um programa co-patrocinado, mobiliza as acções contra a epidemia dos seus dez organismos co-patrocinadores, ao mesmo tempo que alia iniciativas especiais a estes esforços. O seu objectivo é dirigir e apoiar o alargamento da acção internacional contra o HIV em todas as frentes-médica, social, económica, cultural, da saúde pública, política e dos direitos humanos. A ONUSIDA trabalha com um largo leque de parceiros-governos e ONG, empresas, especialistas e não especialistas - com vista ao intercâmbio de conhecimentos, competências e boas práticas à escala mundial.

A inter relação entre o HIV e as outras doenças de transmissão sexual (DTS) se tornou cada vez mais claro durante os últimos dez anos. Mais recentemente, a pesquisa tem focalizado no papel que as DTS jogam em facilitar a transmissão do HIV, que sugere que o controle das DTS pode jogar um papel importante na redução de do HIV/SIDA sexualmente adquirido.

Com o surgimento desta nova pesquisa, os peritos de diversas disciplinas das DTS/HIV/SIDA convocaram em Genebra para determinar a sua importância programática. O propósito do seu encontro e portanto deste documento foi de consolidar as estratégias de gestão das DTS para a prevenção do HIV. O conhecimento anterior em relação as DTS e HIV/SIDA foi discutido ao longo com como esse conhecimento deve determinar uma futura pesquisa e política do programa. Este documento avalia a evidencia dos estudos biológicos e epidemiológicos e oferece um modelo operacional para o controle de DTS. Ele destaca os estudos de intervenção que abordam o controle de DTS na redução da incidência do HIV e em questões de políticas/programáticas, tais como o controle de DTS para a prevenção do HIV entre os adolescentes.

As necessidades de pesquisa em relação a gestão de casos de DTS, avaliação, detecção de casos e a implementação da prevenção e cuidados de DTS são também discutidos.



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • FNUAP • UNDOC
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA - 20 Avenue Appia - 1211 Genebra 27 - Suíça

Telef. (+41 22) 791 46 51 - Fax (+41 22) 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org - Internet://www.unaids.org